UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 124

LES KYSTES ÉPIDERMIQUES DE LA MAIN ET DES DOIGTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1907

PAR

Etienne-Antoine-Jean-Marie-André HAZERA

Ancien externe des Hôpitaux

Né à Hostens (Gironde), le 8 décembre 1882.

Examinateurs de la Thèse	MM. VILLAR,	professeur...	*Président.*
	DENUCÉ,	professeur...	*Juges.*
	GENTES,	agrégé.....	
	VENOT,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE Y. CADORET

17, Rue Poquelin-Molière, 17

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 124

LES KYSTES ÉPIDERMIQUES DE LA MAIN ET DES DOIGTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1907

PAR

Etienne-Antoine-Jean-Marie-André HAZERA

Ancien externe des Hôpitaux

Né à Hostens (Gironde), le 8 décembre 1882.

Examinateurs de la Thèse	MM. VILLAR,	professeur...	*Président.*
	DENUCÉ,	professeur...	*Juges.*
	GENTES,	agrégé.....	
	VENOT,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE Y. CADORET

17, Rue Poquelin-Molière, 17

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE.....

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT. PITRES.	Physique biologique et électricité médicale...	BERGONIÉ.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.	Chimie.....	BLAREZ.
Pathologie et thérapeutique générales....	VERGELY (en congé) MONGOUR (chargé)	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Médecine opératoire..	VILLAR.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Clinique d'accouchements....	LEFOUR.	Médecine expérimentale.	FERRÉ.
Anatomie pathologique.....	COYNE.	Clinique ophtalmologique	BADAL.
Anatomie.....	N.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Anatomie générale et histologie	VIAULT.	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Physiologie.....	JOLYET.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Hygiène.....	LAYET.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Médecine légale.....	LANDE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
		Pathologie exotique....	LE DANTEC

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires..... POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez..... MOURE.
Clinique des maladies mentales..... RÉGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE *(Pathologie interne et Médecine légale).*

MM. HOBBS. MONGOUR. CABANNES. | MM. VERGER. ABADIE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe { MM. CHAVANNAZ. BEGOUIN. VENOT. | Accouchements { MM. FIEUX. ANDERODIAS.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. GENTES. CAVALIÉ. | Physiologie..... MM. GAUTRELET. Histoire naturelle. BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH. | Pharmacie..... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne..... MM. RONDOT.
Accouchements..... ANDERODIAS.
Physiologie..... GAUTRELET.
Ophtalmologie..... LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie..... BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la Mémoire

DE MON GRAND-PÈRE ET DE MA GRAND'MÈRE E. HAZERA

A MON GRAND-PÈRE ET A MA GRAND'MÈRE P. HAZERA

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE BALAUZE

A LEURS ENFANTS

A MON ONCLE ET A MA TANTE O. MANO

A Monsieur le Docteur BÉGOUIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier d'Académie.

A Monsieur le Docteur André MOUSSOUS

Professeur de Clinique médicale des maladies des enfants à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de l'Instruction publique.

A mon Président de thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAR

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.

Sur le point de terminer nos études, au moment où nous allons tenter de voler de nos propres ailes, ce n'est pas sans une émotion profonde que nous adressons à tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux un merci plein de regrets.

C'est dans le service de M. le Dr Rousseau-Saint-Philippe, à l'Hôpital des Enfants, que nous avons fait nos premiers pas dans l'étude de la médecine. M. le Dr Courtin nous initia ensuite aux éléments de la chirurgie infantile et de l'orthopédie. Que ces deux maîtres veuillent croire à notre reconnaissance pour leurs leçons dont nous pouvions difficilement apprécier la valeur.

Pendant notre première année d'externat, nous fûmes l'élève de M. le Dr Monod, que nous remercions sincèrement pour les notions utiles de chirurgie générale et de gynécologie qu'il nous a données.

Nous passâmes une seconde année d'externat dans le service de M. le Dr Bouvet, où l'étude de la pathologie interne nous fut facilitée par les conseils de MM. Sabrazès et Lamacq-Dormoy.

M. le professeur Moussous nous fit, à notre quatrième année, l'honneur de nous accepter comme externe. Nous avons, de notre mieux, étudié la pathologie infantile auprès d'un maître dont l'éloge n'est plus à faire et qui a laissé un souvenir de bonté toute paternelle chez tous ceux qui l'ont approché. Notre tâche y a été facilitée par les savantes leçons de MM. les Drs Rocaz et Leuret que nous tenons aujourd'hui à remercier bien sincèrement.

C'est à M. le professeur agrégé Bégouin que revient l'idée première de notre travail inaugural. Il a bien voulu nous communiquer une observation inédite et nous a aidé de ses précieux

conseils. Nous le prions de recevoir ici l'hommage de notre profonde gratitude.

M. le professeur Dubreuilh a eu l'amabilité de nous communiquer une observation inédite; il a mis, en outre, à notre disposition ses nombreux documents; nous lui en exprimons notre vive reconnaissance.

Dans l'accomplissement du travail que nous avons entrepris, nous ne saurions dire combien nous avons été heureux de trouver en notre compatriote, M. le Dr Petges, un auxiliaire précieux et dévoué. Nous le prions de croire à toute notre sympathie respectueuse, et nous lui disons un bien cordial merci.

M. le professeur Villar, auquel nous avons soumis ce travail, nous a accueilli avec une grande bienveillance. Il nous fait, aujourd'hui, le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous lui en resterons toujours très reconnaissant.

Que tous nos amis qui partagèrent nos joies et nos peines pendant notre vie d'étudiant soient assurés aujourd'hui de notre dévouement inaltérable. Nous ne saurions oublier l'accueil bienveillant que nous avons reçu à notre arrivée à Paris, et nous prions ceux qui là-bas se lièrent avec nous d'agréer l'assurance de notre profonde amitié.

26 juillet 1907.

LES

KYSTES ÉPIDERMIQUES

DE LA MAIN ET DES DOIGTS

AVANT-PROPOS

Le kyste épidermique est une petite tumeur dont le contenu est formé de cellules cornées, et dont la paroi est constituée par une couche d'épithélium de nature épidermique, revêtue sur sa face externe par une coque conjonctive.

En nous consacrant à l'étude de cette question, nous n'avons point eu la prétention de faire une œuvre originale et nouvelle. Nous avons seulement tenté de mettre au point les idées qui ressortent des publications parues jusqu'à ce jour.

Pour cela, nous avons essayé de réunir toutes les observations de kystes épidermiques de la main et de doigts publiées. Mais il nous a été impossible de nous procurer certains journaux étrangers, aussi notre liste est-elle, forcément, un peu incomplète.

Nous avons en main 118 observations, dont deux inédites, 81 d'entre elles seulement sont pourvues d'un examen microscopique suffisant et permettant de porter, à coup sûr, le diagnostic de kyste épidermique. Nous résumons ou nous publions *in extenso* ces 81 cas, en y ajoutant une observation assez curieuse de Rizet (obs. VIII). Pour les 36 autres, dont l'examen microscopique n'a pas été pratiqué, le diagnostic nous semble cependant extrêmement probable, aussi avons-nous parfois fait état de ces observations. Mais on ne doit pas oublier que MM. Cassaët et Labougle ont vu un fibro-sarcome à cellules géantes, dont seul le microscope révéla la nature, en imposer parfaitement à l'œil nu pour un kyste épidermique. Aussi préférons-nous n'établir nos conclusions que sur les cas où un examen microscopique assure tout à fait le diagnostic.

Ces 36 observations que l'on ne trouvera pas dans notre thèse sont dues aux auteurs suivants : Rizet (2 cas), Gillette, Billroth (2 cas), Küster, Poland, Godlee (3 cas), Savages, Trèves, Reverdin, Harvey, Van Becelœre, Guillier, Mollière et Poncet, Verchère, Dudon (Labougle), Desfosses, Bohm (2 cas), Lanelongue, Cabello, Wörz, Henke, Truka (6 cas), Roelen, Morris, Sokoloff (2 cas).

Tous ces auteurs ont publié leurs observations sous divers noms : kystes sébacés, kystes dermoïdes, tumeurs perlées, athéromes, kystes épithéliaux, etc. De même, certains auteurs ont insisté sur les avantages que l'on aurait à appeler ces néoplasmes kystes dermoïdes acquis (Le Fort), voire même tumeurs perlées. Nous nous servirons uniquement du terme « kyste épidermique », qui, aujourd'hui que ces tumeurs sont bien connues, nous semble être le seul nom bien en rapport avec leur anatomie et leur pathogénie.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les auteurs à qui nous devons les premières observations de kystes épidermiques de la main et des doigts ont regardé ce néoplasme comme une curiosité pathologique. Tous ont été frappés de leur ressemblance évidente avec les kystes sébacés, ils ont tous bien remarqué que leur contenu était formé d'une substance blanc jaunâtre très analogue au sébum, et chacun d'eux, en donnant un nom à la tumeur dont il décrivait assez bien les caractères cliniques, s'attachait, mais sans discussion aucune, à lui assigner une pathogénie.

C'est ainsi que Rizet, en 1866, publiait trois observations intitulées : *Tumeurs graisseuses des doigts*. Dans la troisième, il s'agit manifestement de kystes synoviaux, mais les signes, l'évolution décrites dans les deux premières, nous permettent de croire, en l'absence de tout examen microscopique, que Rizet avait bien affaire là à ce que nous appelons aujourd'hui « kystes épidermiques », et quoi qu'en aient dit certains auteurs, c'est bien Rizet, nous semble-t-il, qui, le premier, a vu qu'à la main et aux doigts pouvaient se développer certaines tumeurs bénignes, différentes des lipomes, des fibromes et des kystes folliculaires, sans classe marquée dans la pathologie de cette région.

Deux ans plus tard, Muron présente à la Société anatomique de Paris une observation avec étude histologique, sans grands détails mais suffisante, de *kyste dermoïde de la face palmaire de la main*.

En 1875, Gillette observe et opère un cas de *kyste sébacé de l'index*. Billroth cite sans autre commentaire deux cas *d'athérome du bout des doigts*.

En résumé, nous trouvons donc, de 1866 à 1875, un nombre fort restreint d'observations très incomplètes et manquant d'unité, dont les auteurs n'ont pas su apprécier les causes, parce que le siège des kystes dermoïdes ou de kystes sébacés à la face palmaire de la main et des doigts leur paraissait invraisemblable ou difficile à expliquer.

Ce n'est qu'en 1880 que la question va devenir à l'ordre du jour. C'est alors, pendant une période de sept ou huit ans, que cliniciens, histologistes et expérimentateurs se mettant à l'œuvre, vont éclairer d'une lumière toute nouvelle les caractères anatomiques et étiologiques des kystes de la main. Et tandis que quelques auteurs continuent à publier comme leurs devanciers, sans aucune discussion, des cas de kystes dermoïdes (Rizet, Gibier, 1881 ; Polaillon, 1884) ; de kystes sébacés (Godlee, Savages, Poland, Trèves, 1883), Demay, en 1880, dans sa thèse, donne des examens microscopiques et, pour la première fois, discute l'origine de ces tumeurs. Il les appelle *kystes épithéliaux cornés* et les fait dériver des glandes sudoripares. Le traumatisme y est indiqué comme facteur étiologique.

De son côté, en 1881, Troquart (de Bordeaux), présente à la Société de médecine de cette ville une observation accompagnée d'une étude histologique détaillée due à M. Arnozan. « C'est, dit l'auteur, une tumeur résultant de l'accumulation » d'une grande quantité de cellules épithéliales dont les plus » excentriques ont donné lieu à la formation d'une coque cor- » née d'où le nom de *kyste,* qu'elle nous paraît mériter. La » nature purement épithéliale du contenu, son identité avec les » cellules cornées de l'épiderme nous ont, en outre, permis » d'adopter la dénomination de *kyste épidermique* ».

Le nom était donné, il prévaudra dans la suite, malgré les les tentatives faites par nombre de médecins pour en imposer un autre, parce qu'il caractérise, en deux mots, l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces néoplasmes.

L'année suivante, Küster croit avoir affaire au développement kystique de glandes sébacées aberrantes. Mais, en même temps, le professeur Gross, de la Faculté de Nancy, à propos de deux tumeurs semblables qu'il a opérées, émet, dans une leçon clinique, une hypothèse toute nouvelle : pour lui, les néoplasmes de ce genre sont analogues aux tumeurs perlées de l'iris et reconnaissent la même origine, c'est-à-dire l'inclusion traumatique d'un fragment de peau dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces idées, déjà émises en 1869 par Hülke, en 1872, par Rothmund, à propos de l'œil, sont soutenues dans la thèse de Micault en 1883, font l'objet d'une communication de Gross à la Société de médecine de Nancy, le 15 janvier 1884 et sont reprises, en 1886, par Poulet devant la Société de chirurgie de Paris.

Cependant Masse de 1881 à 1885, Kauffmann en 1884, Schwenninger 1886, Lannelongue et Poulet avaient entrepris des expériences dont les résultats confirmaient le bien fondé de l'hypothèse de Gross. L'accord n'est pas fait néanmoins et Guermonprez, dans diverses publications, Lalitte, dans sa thèse (1885), se refusent à voir, dans les kystes de cette nature, autre chose que de vulgaires kystes dermoïdes.

M. le professeur Villar, en 1885, publie une première observation, et deux autres en 1887. Cet auteur désigne les kystes épidermiques de la main et des doigts sous le terme de « kystes à contenu sébacé ». Cette dénomination ne visait que l'aspect du contenu de la poche et faisait ressortir le contraste qui existait entre ce contenu d'aspect sébacé, et l'absence de glandes à sébum à la face palmaire de la main et des doigts.

L'on se trouvait désormais en présence de plusieurs noms : « kyste sébacé et athérome (des Allemands), kyste épithélial corné, kyste dermoïde, kyste épidermique, kyste à contenu sébacé et tumeur perlée ». Quatre théories pathogéniques avaient été émises, soutenant l'origine sudoripare, sébacée, congénitale ou traumatique de ces tumeurs.

Reverdin, en 1887, réunit tous les éléments de discussion, les étudie avec soin et conclut que le kyste épidermique de la main

et des doigts, affection rare et d'un diagnostic difficile, est due à la prolifération d'un lambeau d'épiderme pénétré sous la peau à la faveur d'un traumatisme.

A partir de cette époque, les observations et les travaux se multiplient. Il serait oiseux de suivre tous les auteurs dans leurs diverses publications. Nous devons une mention spéciale cependant à Labougle, qui, dans sa thèse et dans une monographie (1889) très documentées, tout en admettant dans l'ensemble les idées de Reverdin, soutient que la théorie de l'inclusion traumatique est inapplicable aux cas où le traumatisme n'est pas signalé, où il n'est pas suffisant, hypothèse qui réunira dans la suite un certain nombre d'adeptes.

Jusqu'alors, le diagnostic des kystes épidermiques est resté entouré d'obscurité, rarement nous le trouvons posé avec certitude, et nous verrons au cours de notre thèse qu'il est difficile encore aujourd'hui, malgré les connaissances de jour en jour plus approfondies que nous avons sur ces tumeurs. Il fait l'objet d'une excellente étude de Péraire parue dans la *Revue de chirurgie* en 1892.

Signalons encore les expériences sur le cadavre de Labougle (1889), de René le Fort (1894).

Nous nous sommes attaché à donner un aperçu général de l'historique de la question, sans entrer dans le détail des diverses publications dont on trouvera la liste à l'index bibliographique.

Il nous faut encore noter que les kystes épidermiques considérés pendant longtemps comme spéciaux à l'iris et à la main ont été signalés par plusieurs auteurs dans d'autres parties du corps (Gironde, 1894; Martin (de Berlin), 1896; Audry, 1902; Dubreuilh, 1907), etc.

Les publications de ces divers auteurs tendent à nous faire croire que l'on a peut-être exagéré en prétendant que les kystes épidermiques à siège anormal étaient tout à fait exceptionnels.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Bien que le kyste épidermique puisse se développer dans toutes les régions revêtues d'un épiderme, son siège de beaucoup le plus fréquent est, sans conteste, la face palmaire de la main et des doigts. Le professeur Dubreuilh, dans son article paru dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie,* a réuni 12 observations de kystes épidermiques à siège anormal. Il est certain que nombre de ces tumeurs, notamment à la face ou au cuir chevelu, sont très souvent confondues avec les kystes sébacés, mais il est évident aussi que la main a, comme nous le verrons, des prédispositions particulières, et la fréquence relative de ces néoplasmes à cette région est parfaitement explicable.

Sur l'ensemble des cas, la main gauche ou la main droite semblent être indifféremment atteintes. Néanmoins, dans les observations que nous citons plus loin, sur 71 cas où le côté a été indiqué, 31 fois le siège se trouvait à gauche et 40 fois à droite ; soit une légère prédominance en faveur du côté droit. Les doigts sont plus souvent atteints que la main (60 fois sur 82). On a vu, d'ailleurs, certains kystes, empiéter de la main sur un doigt ou d'un doigt sur la main (Klein, Polaillon).

Parmi les doigts, tous peuvent être le siège de kystes épidermiques, mais avec une fréquence inégale ; une prédominance très nette est marquée pour le médius (20 cas dont 13 à droite), et l'index (17 cas, dont 12 pour l'index droit).

Dans 8 obervations, c'est le pouce qui se trouve atteint, 5 fois

c'est l'annulaire et 5 fois l'auriculaire. Il reste quelques cas où le doigt n'est pas spécifié.

Pour les phalanges, aucune d'elles ne semble être affectée avec une prédominance particulière, si ce n'est cependant la phalangine de l'index. Nous ne nous attarderons pas plus longtemps à chercher des proportions exactes, retenons seulement que ce sont l'index et le médius de la main droite qui sont le siège le plus fréquent de kystes épidermiques, que la main, dans toutes ses parties, peut être atteinte, mais plus rarement que les doigts.

Presque toujours, c'est à la face palmaire que se développe la tumeur. Dans un seul cas (Reverdin 87), le néoplasme avait son siège à la partie dorsale (pouce, dos de l'articulation). Quelquefois, les kystes de la face palmaire peuvent s'étendre jusque sur les faces latérales, enfin quelques cas ont été signalés, où leur développement s'était effectué sur les bords soit de la main, soit des doigts.

En général, le kyste épidermique est unique. Parmi les observations dont nous donnons le résumé nous n'en trouvons que deux où le même sujet s'est trouvé porteur de deux néoplasmes de cette nature, l'une de Rizet (auriculaire et premier espace intermétacarpien), l'autre de Franke (éminence thénar). Dans un cas de Heydenreich, à l'inspection, l'on voyait la peau soulevée par deux nodules, mais l'une des tumeurs était le prolongement de l'autre, et la palpation permettait de reconnaître qu'il n'y avait là qu'un seul et même kyste. Il existe bien dans la littérature médicale quelques autres observations de kystes épidermiques multiples (Rizet, 1866; Chiari, Barker), mais elles sont très incomplètes, et il est fort douteux que leurs auteurs aient eu affaire là à des tumeurs épidermiques. Dans le cas de Barker, il s'agit de plusieurs nodules de la face palmaire de la main et des doigts. Après extirpation, l'un d'eux se montra constitué par une coque fibreuse doublée d'une zone de cellules épidermiques, et d'un contenu d'apparence sébacée. Mais il n'est pas parlé des autres tumeurs qui ne furent pas enlevées, dont le diagnostic microscopique est encore à faire, et qui pourraient bien n'être que des kystes folliculaires.

Dans deux observations (Kirmisson, Van Becelaere), le kyste épidermique coïncidait avec des tumeurs « de même nature » (?) de la région parotidienne et de l'oreille. Dans le cas de Desprès (Gibier), le malade avait déjà été opéré pour un kyste dermoïde de la queue du sourcil.

Volume. — Le volume de ces tumeurs, qui au début de leur évolution est comparé par tous les malades à une tête d'épingle en verre, une lentille, un petit pois, ne tarde pas à s'accroître, et lorsque le chirurgien les extirpe, il tombe sur une petite masse sujette à de grandes variations de grosseur. Dans la majorité des cas, elles ont les dimensions d'une petite noisette; mais, d'autres fois, elles n'ont que le volume d'un petit pois, d'un noyau de cerise, et plus rarement atteignent des dimensions bien plus considérables. Deux fois on les a vues aussi grosses que des noix; certains auteurs les ont décrites semblables à un œuf de pigeon, une dragée, une cerise, etc., et entre les dimensions extrêmes d'un petit pois et d'une noix, nous trouvons tous les intermédiaires. Quoique la règle ne soit pas absolue, il est certain que le volume dépend de la longueur de l'évolution du kyste et de son siège, les kystes du creux de la main, par exemple, trouvant autour d'eux moins de résistance, et plus de place que ceux des éminences thénar et hypothénar, et des doigts, auront une facilité plus grande dans leur développement.

Forme. — La forme, sujette à moins de variations que le volume, est, la plupart du temps, sensiblement sphérique. Cependant, il ne faudrait pas croire que cette règle soit sans exceptions. Nous trouvons pas mal d'observations où le kyste était ovalaire, à grand axe dirigé dans le sens des phalanges. Dans le cas de Küster, le sac était oblong et son axe était perpendiculaire à la direction des phalanges; c'est là une exception.

Quelquefois, le kyste est formé de deux parties communiquant par un canal (Küster, Villar, Tikhoff) et sa conformation extérieure représente alors deux nodules plus ou moins distincts. Parfois, la tumeur peut émettre un ou plusieurs prolongements

irréguliers, toujours petits; cependant, dans le cas d'Heydenreich, ce prolongement soulevait la peau et pouvait en imposer pour une seconde tumeur. Poulet signale la présence d'un petit diverticule sous-aponévrotique. La grosseur d'un grain de mil, un petit pédicule fort grêle, tels sont les termes employés pour décrire ces irrégularités de formes qui, à vrai dire, sont exceptionnelles.

Au point de vue de l'aspect extérieur, de la consistance, des caractères macroscopiques de la paroi et du contenu, nous devons considérer deux classes dans les kystes épidermiques :

Dans la première, qui compte de beaucoup le plus grand nombre d'exemples, nous trouvons des tumeurs à surface lisse, d'une couleur blanche, mais tirant sur le jaune et assez ternes, recouvertes de filaments conjonctifs faciles à détacher. Leur consistance est molle, presque fluctuante; à la coupe, on reconnaît une paroi mince (moins d'un millimètre), transparente, avec une surface interne nettement limitée, d'une couleur semblable à celle de la surface extérieure.

Dans l'autre classe, au contraire, ce sont des néoplasmes dont l'aspect blanc nacré est luisant; la consistance en est plus dure. La coupe montre une paroi épaisse (quelquefois plusieurs millimètres), blanche et opaque. La surface interne, moins nettement limitée, est couverte de sortes de squames lamelleuses qui réunissent le contenant et le contenu.

Celui-ci, formé d'une bouillie athéromateuse semblable à celle des kystes sébacés, existe en général dans les deux cas. Beaucoup plus abondant dans la première forme, ayant alors tous les caractères qui ont permis aux auteurs de le comparer à du mastic, de la chair de châtaigne cuite, du suif, du riz cuit, etc., il affecte dans la deuxième forme des caractères quelquefois un peu spéciaux. Le centre est encore de la bouillie athéromateuse, mais elle est pénétrée par ces filaments dont nous avons déjà parlé, qui peuvent prendre une apparence lamelleuse et qui ont toujours l'aspect de substance cornée transparente. Dans certains cas, l'on a même vu la substance pâteuse faire absolument défaut et le contenu du kyste être uniquement

constitué par des lamelles minces plus ou moins imbriquées.

Dans une des observations que nous reproduisons, Tikhoff a signalé la présence, dans la cavité, d'une tumeur de cette classe, d'un véritable globe épidermique.

Nous ne croyons pas que jamais on ait vu à l'œil nu, sur la surface externe des kystes épidermiques, des arborisations vasculaires. Mais quelquefois, à cause d'une inflammation, cette surface peut devenir plus ou moins rosée. La paroi peut être ulcérée soit par le fait d'une infection, soit par le fait de frottements répétés ou d'un traumatisme. La transformation purulente du contenu a été signalée dans quelques observations. Quelques auteurs ont aussi noté, comme contenu, un liquide huileux, mais la plupart ont négligé l'examen microscopique; aussi est-on en droit de se demander si le prétendu kyste épidermique n'était pas un ganglion. Cependant, Chavannaz, Briggs, Wegner et Mintz ont publié des observations très soignées de kystes épidermiques dont le contenu était un liquide soit blanchâtre, soit clair, et Wörz a publié également un cas où la poche contenait en même temps de la matière grasse et un liquide blanc.

Citons encore l'observation malheureusement trop incomplète de Rizet dont la tumeur était formée d'une coque fibreuse renfermant un noyau calcaire pesant plus de 3 grammes.

Enfin, dans un cas de Kummer, la poche contenait un corps étranger (aiguille) et semblait vide de tout autre contenu; mais ce kyste n'est pas anatomiquement un kyste épidermique, bien qu'on puisse le ranger dans la même classe; en second lieu, il est bien possible qu'il se soit produit entre l'épingle et le contenu des échanges actifs qui aient abouti à la résorption totale du contenu.

Dans la cavité du kyste, jamais n'ont été rencontrés ni fragments osseux, ni dents, ni poils. Et ceci est également vrai, quand il s'agit d'anatomie pathologique microscopique.

Les connexions que peuvent avoir aux doigts et à la main les kystes épidermiques avec les tissus du voisinage sont intéressantes à étudier à cause des éléments de diagnostic que l'on

peut en déduire. En règle générale, ces néoplasmes situés dans le tissu cellulaire sous-cutané sont adhérents à la face profonde du derme.

Parfois c'est à une cicatrice du tégument qu'ils sont plus ou moins intimement unis. Les trousseaux fibreux qui les unissent au derme ne sont, en général, ni très solides, ni très serrés, aussi la dissection est-elle presque toujours facile. Mais là aussi nous trouvons tous les intermédiaires depuis les minces tractus ne se traduisant par aucun signe extérieur, laissant la peau glisser sur la tumeur, jusqu'aux adhérences fortes et denses qui ne permettent à la peau aucune mobilité.

Le tissu cellulaire avoisinant est lui aussi uni au kyste, mais toujours par des filaments minces et sans résistance. On voit quelquefois ce tissu se scléroser et former comme une sorte de lit à la tumeur.

On a vu ces kystes adhérer fortement à la gaîne des tendons sous-jacents, mais le cas est rare, et la plupart du temps, seuls, de fragiles tractus sont interposés entre les deux surfaces qui peuvent glisser facilement l'une sur l'autre et dont la désunion s'opèrera d'un coup de sonde cannelée. Ces gaînes des tendons impriment parfois leur forme à la face profonde du kyste qui se creuse en gouttière pour la loger.

On n'a jamais signalé que les kystes épidermiques aient été en connexion avec les tendons ou le squelette, ou aient été la cause d'une perturbation anatomique quelconque des os, des articulations, des vaisseaux ou des nerfs voisins.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

Nous allons tout d'abord décrire une forme normale ou pour mieux dire schématique du kyste épidermique, après quoi nous passerons en revue les différentes irrégularités plus ou moins importantes que peuvent présenter ces tumeurs.

Au point de vue macroscopique, nous avons signalé l'existence de deux formes de kystes épidermiques : l'une à parois minces

et à grande cavité, l'autre à parois épaisses et à cavité petite (variété plus rare). Au point de vue microscopique, ces deux classes ont également quelques différences dans la constitution de leur revêtement épithélial. Nous décrirons tout d'abord la forme ordinaire.

I. Paroi. — La paroi, dont on colore la coupe par les procédés ordinaires (hématoxyline, picrocarmin, etc.), se montre, sous le champ du microscope, formée par deux couches : une couche externe, en général peu épaisse, de nature fibreuse, et une couche interne beaucoup plus étendue que la précédente (8 ou 10 fois et davantage), de nature épithéliale.

a) *Couche conjonctive.* — Cette zone se présente, sous l'objectif, colorée en rose par le picrocarmin, et en jaune par l'hématoxyline. Elle est dense, feutrée, et lorsqu'on la rencontre dans sa plus grande simplicité, ce qui est le cas ordinaire, formée de fibres conjonctives et parfois de cellules de même nature. Ce sont, dans de rares observations, des fibres conjonctives jeunes, le plus souvent des fibres adultes, contenant un noyau petit, accolé à la paroi, allongé, et très fortement colorable. Elles sont appliquées et serrées les unes contre les autres; leur direction générale est parallèle à la surface du kyste, mais elles s'enchevêtrent un peu et d'une façon irrégulière. Elles contribuent ainsi à former une nappe très dense et dont l'aspect est plus ou moins ondulé. Mais, comme dit Reverdin, « on ne » rencontre pas cependant immédiatement sous l'épithélium ces » couches concentriques que l'on décrit dans les kystes dermoï- » des, et que Cornil et Ranvier comparent aux lames consti- » tuantes de la tunique artérielle ». Cette zone fibreuse, à éléments serrés, se différencie d'un derme en ce qu'elle ne possède pas de papilles. On n'y trouve, non plus, ni glandes, ni vaisseaux sanguins, ni filets nerveux.

b) *Couche épithéliale.* — Immédiatement appliquée sur ce tissu fibreux, sans interposition de matière amorphe, de basement-membrane, cette zone épithéliale, beaucoup plus épaisse que la couche conjonctive, apparaît sous l'objectif colorée en plusieurs tons. Dans les formes absolument régulières, elle a

tous les caractères de l'épiderme normal dont nous allons décrire la constitution.

Dans l'épiderme, les premiers histologistes avaient vu deux parties ; l'une profonde brunâtre et un peu molle qu'ils avaient appelée *corps muqueux de Malpighi;* l'autre, plus dure, plus ou moins imprégnée de kératine appelée *couche cornée*. Les progrès de la technique microscopique ont permis, tout en montrant l'évolution de ces parties, de pousser plus loin les détails de la description; c'est ainsi qu'actuellement l'on décrit, dans la couche profonde, trois parties : la *couche basilaire*, le *corps muqueux de Malpighi* et la *couche granuleuse;* dans la couche superficielle, deux autres portions: la *couche transparente* et la *couche cornée*. Toutes ces diverses parties sont intimement reliées les unes aux autres par des transitions insensibles.

1° *La couche basilaire* est formée d'une seule rangée de cellules cylindriques ou cubiques, perpendiculaires au derme sur lequel elles s'implantent par de grossières dentelures. Sur leurs autres points, leurs contours sont, au contraire, très nets. Leurs dimensions sont 12 $\mu \times 6\,\mu$ à 14 $\mu \times 8\,\mu$. Elles possèdent un noyau de 8 μ de long sur 4 μ de large dans lequel on peut voir un ou deux nucléoles et qui est allongé dans le sens de la cellule. On appelle encore cette couche *couche génératrice*, parce qu'elle suffit, à elle seule, à régénérer toutes les parties de l'épiderme, si les portions qui se trouvent au-dessus d'elles ont été arrachées expérimentalement ou accidentellement.

2° *Corps muqueux de Malpighi*. — Cette seconde couche est composée de quatre à six rangées de cellules polyédriques par pression réciproque. Ces éléments, qui, dans les parties profondes, sont orientés dans le même sens que les cellules de la couche basilaire, subissent, à mesure qu'elles s'avancent vers la périphérie, un mouvement de rotation qui les tourne de telle sorte que leur plus grande surface tend à devenir parallèle à la surface de l'épiderme. Elles mesurent 10 à 11 μ de diamètre moyen et possèdent un noyau central de 5 à 6 μ.

Les cellules de la couche basilaire ainsi que celles du corps muqueux sont, à leur périphérie, munies de prolongements

protoplasmiques très nombreux, et qui les ont fait appeler *cellules dentelées, cellules à piquants, cellules crénelées*. Ces prolongements ont été décrits par Schronn, pour la première fois. Bizzozero a démontré que les prolongements de deux cellules voisines se soudaient deux à deux par leurs extrémités libres, et Ranvier (Académie des sciences, 1882), les considère comme les restes des filaments qui unissent les cellules les unes aux autres. Ces deux opinions, très rapprochées, diffèrent par un point, d'après Testut : « Tandis que Bizzozero admet que les » cellules de Malpighi sont unies les unes aux autres par des » filaments soudés bout à bout, Ranvier enseigne que ces cellu- » les sont réunies par des filaments absolument continus. Dans » cette dernière hypothèse, le protoplasma du stratum malpi- » ghien, partout continu, forme dans son ensemble un vaste » réseau, dans les mailles duquel se dispose le ciment intercel- » lulaire et circulent les sucs nutritifs ».

3° *Couche granuleuse* (*stratum granulosum*). — Cette zone est formée de deux ou trois rangs de cellules aplaties, dirigées selon la surface de l'épiderme, avec dans le même sens un noyau aplati et allongé, en voie d'atrophie. Elles contiennent, disposées autour du noyau, des gouttelettes d'éléidine, qui se colorent fortement par les réactifs, et qui sont considérées par Ranvier comme un agent de kératinisation (couche kératogène). Cette matière se trouve en plus grande abondance dans les couches les plus superficielles de cette zone. Ici, les piquants protoplasmiques peuvent encore se rencontrer, mais ils sont toujours très rares et profondément atrophiés.

4° *Couche transparente* (*stratum lucidum*). — C'est une lame claire, transparente, à cellules fortement aplaties, parallèles à la surface de l'épiderme, dures et desséchées, présentant encore des traces d'éléidine, mais avec un noyau profondément atrophié, où même sans noyau.

5° *Couche cornée* (*stratum corneum*). — Cette portion de l'épiderme est composée de cellules lamelleuses, très minces, aplaties, entièrement kératinisées. Elles ne possèdent pas de noyau visible par les moyens ordinaires de préparation. Mais, d'après

Retterer, ce noyau existerait caché par la kératine et il suffirait, pour le décéler, de traiter, avant la coloration, l'épiderme par les alcalins dilués.

L'épithélium pavimenteux des kystes épidermiques se différencie néanmoins de celui du revêtement cutané par quelques caractères plus ou moins nettement établis.

Une première différence vient de ce que l'épiderme de la peau s'implantant sur un derme à papilles, la coupe nous montrera une ligne de séparation festonnée entre les deux parties du tégument. Dans le kyste épidermique, la surface d'implantation de l'épithélium est plane et sensiblement linéaire à la coupe.

Les cellules de la couche basilaire affectent ici une forme cubique, souvent un peu aplatie, plutôt que véritablement cylindrique, disposition due, selon toute probabilité, à la pression excentrique continue exercée sur elles par la masse centrale. Dans aucune des observations que nous avons compulsées, nous n'avons trouvé ces dentelures grossières par lesquelles les cellules basilaires de la peau s'engrènent sur le derme. Par contre, tous les observateurs qui ont étudié avec soin au microscope et à un fort grossissement le corps muqueux de Malpighi des kystes épidermiques, y ont trouvé les prolongements protoplasmiques. Chavannaz a publié cependant un cas où ces prolongements faisaient tout à fait défaut.

Toutes les parties de l'épithélium de ces néoplasmes ressentiront plus ou moins l'effet de la pression du contenu. Les différentes couches éprouveront une gêne à se développer et bien que toutes les zones soient parfaitement reconnaissables, ces éléments auront une tendance à s'aplatir, tendance qu'ils ont à un degré moindre seulement à la peau où ils ne subissent que des compressions intermittentes et passagères. La couche cornée, dont les cellules mortes ne cessent de desquamer à la surface du tégument, éprouveront elles aussi une gêne à tomber dans la cavité du kyste, aussi cette couche sera souvent très épaisse (cinq à huit fois plus épaisse que toutes les autres parties réunies), limitée par une surface villeuse, émettant souvent des prolongements lamelleux ou filiformes qui vont se perdre

dans la masse centrale. Enfin, certaines cellules de cette zone kératinisée sont rencontrées très souvent, en plus ou moins grand nombre, subissant un processus de dégénérescence graisseuse ou parfois granulo-graisseuse et colloïde. Ces dégénérescences peuvent s'étendre beaucoup plus loin, vers le *stratum granulosum* et même jusque dans le corps de Malpighi, mais ce n'est pas le cas habituel.

Donc, en résumé, la paroi des kystes épidermiques est formée d'une coque fibreuse très simple, revêtue, sur sa face interne, d'un épithélium pavimenteux semblable à celui de la peau, sauf, toutefois, que ses cellules semblent être plus aplaties, la couche cornée plus épaisse et moins régulière et imprégnée d'une certaine quantité de graisse.

C'est là une première forme histologique du kyste épidermique, la plus fréquente, celle qui, macroscopiquement, se présente avec une paroi molle et mince; à la seconde forme, à parois épaisses, dures, d'une couleur blanc nacré, correspond une structure spéciale. On y trouve toujours une coque fibreuse, mais l'épithélium est constitué uniquement par des cellules plates, sans noyau ou à noyau atrophié, plus ou moins imprégnées de kératine, formant des membranes lamelleuses imbriquées, de telle sorte qu'Arnozan a pu comparer les tumeurs ainsi formées à un globe épidermique gigantesque.

II. Contenu. — Le contenu des kystes épidermiques, dans toute sa pureté, est composé en entier et uniquement par des cellules épithéliales cornées, chez lesquelles on trouve tous les caractères des éléments kératinisés ordinaires. Elles ne présentent d'intéressant à étudier que leur agencement réciproque. Amassées, dans la plupart des cas, sans ordre aucun et pêle-mêle, pour former la bouillie athéromateuse classique, elles peuvent se réunir en membranes lamelleuses ou filiformes, plus ou moins irrégulièrement imbriquées entre elles, ou même se réunir plus intimement et alors arriver à la formation d'un globe épidermique (Tikhoff), c'est à-dire d'un petit noyau dur et brillant, constitué de lamelles cornées entassées et groupées à la manière d'un bulbe d'oignon.

Ces cellules présentent presque toujours, à un moment de leur évolution, la dégénérescence graisseuse. Tous les auteurs qui l'ont recherchée avec soin l'ont signalée. Mais le séjour que les pièces font dans l'alcool, le peu de soin mis à déceler les acides gras, l'absence presque constante de réaction à l'acide osmique nous expliquent suffisamment pourquoi l'on n'a pas toujours trouvé de graisse dans le contenu de ces néoplasmes, élément qui doit rarement faire défaut. Nombre d'observations nous signalent aussi la présence de cristaux de cholestérine, ce n'est là, d'ailleurs, qu'une variété d'un même processus.

La même évolution poussée plus loin aboutira à une dégénérescence huileuse ; on trouvera alors des cellules cornées chargées de graisse, ou en dégénérescence colloïde, au milieu d'un liquide blanc-jaunâtre assez épais.

Il nous est désormais facile de saisir l'évolution anatomique des kystes épidermiques. La couche basale donne naissance à des cellules épithéliales qui s'accumulent les unes sur les autres en s'aplatissant peu à peu, s'imprégnent d'éléïdine, se kératinisent, et dès lors complètement atrophiées et mortes, laissent en desquamant la place à des éléments plus jeunes. Le produit de cette desquamation tombe dans la cavité centrale et y subit la dégénérescence graisseuse. Ces cellules cornées, desquamées, forment un magma épais, mais ont, dans les formes dures à parois épaisses, à cavité petite, se rapprochant de la tumeur perlée, une tendance à former des membranes lamelleuses imbriquées.

Les deux formes principales qu'affecte le contenu sont susceptibles de se mélanger plus ou moins et sont ainsi réunies l'une à l'autre par de nombreux intermédiaires.

Il s'en faut de beaucoup que cette forme schématique soit une forme commune. Elle se rencontre au contraire rarement, car tel kyste qui dans une de ses parties, dans un de ses points se présente avec tous les caractères normaux dans une portion voisine, soit par le fait d'une altération secondaire soit par le fait d'une évolution différente, parfois fort difficile à expliquer, se montre avec certaines particularités.

Nous avons essayé de rassembler ces particularités, que nous avons trouvées éparses dans les diverses observations que nous avons sous les yeux.

Quelquefois appréciables à l'œil nu, mais le plus souvent visibles seulement à l'examen histologique, elles peuvent avoir trait à la disposition des divers éléments entre eux, ou encore à la constitution anatomique des diverses parties de la tumeur.

A. Le tissu conjonctif qui forme, dans la grande majorité des cas, un revêtement continu autour du kyste, peut être absent en certains points, et il semble alors qu'il ait été arraché pendant l'extirpation de la tumeur, cette opération ayant demandé une dissection laborieuse. Cette explication ne peut suffire, lorsque la coque fibreuse fait complètement défaut sur tout le pourtour du kyste. Nous avons trouvé cette anomalie, considérée comme rare par Reverdin et Labougle, dans 12 cas sur 82.

Dans des cas exceptionnels (Labougle, Villar Ferré) ce tissu fibreux pousse des prolongements villeux vers la cavité centrale, à travers des interstices laissés libres par l'épithélium. Dans une observation de Labougle, il y avait même, au devant de la surface épidermique interne, comme une sorte de bordure fibreuse irrégulière, réunie par endroits à la partie conjonctive externe.

Certains auteurs ont noté la présence de *papilles* à la surface interne du revêtement fibreux. Lalitte, qui dans sa thèse en tire des conclusions en faveur de l'origine congénitale des kystes épidermiques des doigts, s'exprime ainsi, dans l'observation de Heydenreich : « La couche fibreuse se limite du côté » de la couche épithéliale par une ligne onduleuse constituant » un véritable corps papillaire, les papilles de forme variable » avec un seul vaisseau pour la plupart. On trouve quelques » corps ovoïdes rappelant les corpuscules du tact ». De leur côté, Ferré, dans une observation de Villar, et Franke ont vu quelques papilles très nettes. Dans une observation, Le Fort a également signalé deux esquisses de papilles rudimentaires. Ce dernier auteur avait-il bien affaire à des papilles? N'étaient-ce

pas simplement des soulèvements comme il s'en trouve quelquefois, n'ayant pas les caractères des papilles, ne possédant pas de vaisseaux?

Darier, dans un cas de Villar, Lieffring, dans trois cas de Péraire, et Henry Gaudier, dans une nouvelle observation de Péraire, ont remarqué, entre les couches épithéliale et conjonctive, l'interposition d'un mince tractus de substance amorphe, véritable *basement-membrane*.

La constitution histologique de la coque fibreuse, en général si simple, est soumise, elle aussi, à quelques variations.

Constituée en général par du tissu conjonctif pur, elle peut présenter quelquefois des *fibres élastiques*. Dans deux observations, elles sont signalées en petite quantité (Rizet, 81; Reverdin, 87), mais dans un cas de Villar (87), elles formaient dans la coque un réseau très abondant. Labougle les considère comme un produit de dégénérescence des fibres conjonctives. Franke les a notées aussi une fois.

Dans des cas assez rares également, on trouve *des vaisseaux* dans la capsule externe (Lalitte, Rizet, Reverdin, Villar et Ferré, Franke, Audry et Lacroix, Kummer, Chavannaz, Wörz). Ces vaisseaux sont, en général, peu développés, embryonnaires, à tunique simple, peu nombreux, de préférence disposés à la périphérie plutôt que vers la surface interne. Kummer les a trouvés (kyste autour d'une aiguille) très nombreux, soit complètement développés, soit embryonnaires; c'étaient des capillaires situés à la périphérie et entourés d'une mince zone de cellules embryonnaires dans le cas d'Audry-Lacroix, qui n'est pas le seul à avoir remarqué cette disposition.

Lieffring, dans l'examen microscopique de trois cas de Péraire (95) a vu aussi divers foyers hémorragiques dans l'épaisseur de la paroi, sang qui, d'après lui, atteste une vascularisation assez intense. Mais ce fait d'hémorragie sans constatation de tuniques capillaires ne nous paraît pas absolument probant, et les faits de ce genre sont à rapprocher de celui de Labougle (thèse) qui considère des amas de globules rouges visibles dans certaines lacunes comme le résultat d'un accident opératoire.

On trouve encore parfois, dans la couche fibreuse qui entoure le kyste épidermique, des fragments de *glandes sudoripares*. Tantôt ces glandes situées tout à la périphérie sont rattachables à la peau du voisinage et ne font pas à proprement parler partie de la tumeur (Chavannaz); mais plus souvent on ne trouve que des débris de glomérules ou de tubes, ou encore des cellules agencées sans ordre, situées plus ou moins profondément, jamais ces fragments glandulaires n'avaient de conduit excréteur; leur présence est d'ailleurs loin d'être fréquente, et n'est signalée que dans 7 observations (Heydenreich, Reverdin, Demay, Kummer, Chavannaz, Le Fort, Tikhoff).

Il est à remarquer que tous ces éléments disparates, que pour la commodité de la description nous avons décrits séparément (papilles, basement-membrane, fibres élastiques, vaisseaux, glandes), se trouvent, en réalité, souvent réunis dans la même observation; par exemple, une tumeur observée par Heydenreich contenait des vaisseaux, des papilles, des glandes, et même des corps arrondis ressemblant à des corpuscules du tact. La coque fibreuse peut donc à elle seule suffire à faire naître dans les formes des kystes épidermiques une complexité qui échappe totalement à une description d'ensemble.

Villar et Labougle ont enfin signalé, dans la capsule périphérique, une dégénérescence granulo-graisseuse très nette.

B. *L'épithélium* des kystes épidermiques peut aussi, par ses anomalies, donner lieu à des formes particulièrement intéressantes. On le trouve complètement absent dans une observation de Villar (1885), absence qui est due, selon l'auteur, à un séjour trop long de la pièce dans l'alcool. Il a totalement disparu également dans le cas du docteur Dubreuilh, mais ici la cause de cette disparition est toute différente et nous aurons à la discuter dans le chapitre consacré à la pathogénie.

Ce revêtement affecte parfois des dispositions irrégulières, présent en certains endroits, absent à d'autres (Heydenreich, Villar, Edington), des dimensions variables, des irrégularités des différentes zones, sans pour cela cesser de faire partie des

formes communes. Il n'en est plus de même dans un cas de Kummer et un autre de Chaput et Guillemot.

Dans le premier, l'examen microscopique montra un épithélium stratifié formé par des cellules prismatiques dont l'apparence était la même dans les couches superficielles et dans les couches profondes, sans qu'elles eussent aucune tendance à se kératiniser ou à s'aplatir. Le kyste de Kummer était vide de tout contenu crémeux ou liquide. Ce fait a semblé si nouveau à son auteur, la différence entre le néoplasme et le kyste épidermique lui a paru si manifeste, qu'il s'est demandé s'il n'y avait pas là lieu d'établir une classe spéciale dans les kystes des doigts. Et nous pensons, en effet, avec lui que, si ces deux genres de tumeurs sont analogues quant à l'étiologie à l'évolution clinique, il est nécessaire de faire une différence au point de vue anatomique.

Le cas de Chaput et Guillemot n'a pas moins d'intérêt dans sa bizarrerie très exceptionnelle. Il s'agit d'une paroi formée d'une couche moyenne de Malpighi, qui est revêtue sur ses deux faces d'un épithélium stratifié. « La couche de Malpighi, disent les auteurs, a proliféré sur les deux faces ».

Enfin, une seule observation de Franke nous montre que les kystes épidermiques peuvent subir une *dégénérescence carcinomateuse* (obs. XXX).

C. Dans le cas d'une infection secondaire, le contenu des kystes peut se transformer en une matière purulente, pendant que la paroi se désagrège plus ou moins. Cette infection totale est rare : le contenu du kyste observé par Muron était un liquide puriforme ; dans un cas de Cabello, mais sans examen microscopique, c'était du pus mélangé à de la matière sébacée. Mais, en général, et ce cas est encore exceptionnel, ce n'est qu'au microscope que l'on découvre quelques globules de pus.

On peut encore rencontrer des exemples de transformation calcaire subie par la bouillie athéromateuse. Dans un cas de Rizet (sans examen microscopique) la masse centrale avait en totalité subi cette dégénérescence, mais comme pour le pus, ce n'est que le microscope qui a révélé à Weil, à Dubreuilh, à

Franke, l'existence de petits amas calcaires qui, dans le cas de Dubreuilh, s'insinuaient jusque dans la paroi.

Enfin, il existe une dernière particularité signalée dans quelques observations ; c'est la présence, dans la paroi, de cellules embryonnaires ou de cellules géantes.

Les cellules embryonnaires (Le Fort, Audry-Lacroix) sont situées autour de vaisseaux ou de villosités conjonctives, autour de débris glandulaires ; les cellules géantes vues avec plus ou moins de netteté par Audry et Lacroix, Le Fort, Wörz et Dubreuilh, peuvent occuper tous les points de la paroi et sont disposées au milieu d'éléments morts ou en dégénérescence, englobant dans l'observation de Dubreuilh des blocs calcaires.

Nous ne saurions mieux terminer cet exposé anotomo-pathologique qu'en rapportant les conclusions que pose Labougle, à propos de la classe dans laquelle il faut ranger les kystes épidermiques. Cet auteur fait le diagnostic anatomique entre le kyste épidermique et l'épithéliome pavimenteux perlé. Comme Reverdin, il n'admet pas l'analogie entre une tumeur formée d'une paroi et d'un contenu et un néoplasme dur, à section sèche, opaque, blanchâtre, légèrement miroitante, constitué par des lamelles épidermiques, cornées, tassées les unes contre les autres, au milieu desquelles on trouve des cristaux de cholestérine.

Et cependant il existe certaines formes de kystes épidermiques (Gross, Chavasse) qui sont en quelque sorte des formes de transition que l'on pourrait appeler « *forme perlée du kyste épidermique* » et qui montrent que ces deux genres de tumeurs sont voisines. Ce sont ces néoplasmes durs, à couleur blanc nacré, à parois épaisses, à cavité petite.

On a essayé de faire des différences anatomiques entre les kystes épidermiques, les kystes sébacés et les kystes dermoïdes ; mais il est bien prouvé aujourd'hui que le kyste épidermique a une structure semblable à celle des kystes dermoïdes de la première variété de Lebert : « D'autres auteurs se sont fondés sur » l'absence de cellules sébacées dans ce kyste épidermique pour » lui enlever toute analogie avec les kystes de ce nom ; mais

» n'existe-t-il pas un groupe spécial de kystes sébacés désignés » sous le nom de loupes cornées dans lesquels le contenu est » exclusivement composé par des cellules cornées et dans les- » quels la paroi forme une simple membrane d'enkystement » avec très peu de vaisseaux? » (Labougle). Quelquefois ce contenu est formé de granulations de graisse et de cellules cornées, d'autres fois la graisse existe seule. Toute ces variétés se retrouvent dans le kyste épidermique.

Nous conclurons ce chapitre en rapportant les termes de Labougle : « Nous croyons donc pouvoir assimiler les kystes » épidermiques aux kystes sébacés et aux kystes dermoïdes de » la première variété. Ils présentent la même structure et sont » susceptibles, comme eux, des mêmes variations dans la cons- » titution de la paroi et dans la nature du contenu. Comme eux, » ils offrent, dans la majeure partie des cas observés, une » paroi conjonctive doublée à sa face interne d'une couche » épithéliale de nature épidermique ; ils ont un contenu à aspect » identique et formé par les mêmes éléments. Que si, poussant » plus loin les analogies, nous les comparons aux kystes der- » moïdes de la deuxième variété, nous trouvons encore des res- » semblances (cas d'Heydenreich), l'observation de MM. Villar » et Ferré pouvant servir de transition entre les deux variétés » de kyste ».

CHAPITRE III

Etiologie. Pathogénie.

Causes prédisposantes. Sexe. — Sur les 82 observations citées précédemment, 67 ont trait à des sujets du sexe masculin, 10 à les femmes. Dans 5 cas, le sexe n'est pas indiqué. Il y a donc une prédisposition de l'homme très marquée, nous verrons tout à l'heure à quoi doit être attribuée cette prédisposition. Sur la totalité des observations que nous avons pu rassembler, soit 118 cas, la proportionnalité reste à peu près la même. On trouve 88 hommes, 13 femmes et 17 cas dans lesquels il n'est pas parlé du sexe.

Age. — La question de l'âge n'est pas moins intéressante que la question du sexe, à cause des arguments que l'on peut tirer de l'un ou l'autre de ces éléments étiologiques en faveur des diverses hypothèses pathogéniques.

Les 82 observations se répartissent ainsi :

De 0 à 17 ans : 2 cas.

8 ans.
10 ans.

De 17 à 20 ans : 3 cas.

17 ans.
18 ans.
17 ans.

De 20 à 30 ans : 22 cas.

20 à 25 ans : 15 cas.
25 à 30 ans : 7 cas.

De 30 à 40 ans : 14 cas.

30 à 35 ans : 4 cas.
35 à 40 ans : 10 cas.

De 40 à 50 ans : 17 cas.

40 à 45 ans : 11 cas.
45 à 50 ans : 6 cas.

De 50 à 60 ans : 7 cas.

50 à 55 ans : 4 cas.
55 à 60 ans : 3 cas.

De 60 à 70 ans : 2 cas.

65 ans.

De 70 à 80 ans : 3 cas.

78 ans.
75 ans.
78 ans.

Plus 12 cas où l'âge n'est pas indiqué.

L'on voit d'après ce tableau que l'âge de la plus grande fréquence des kystes épidermiques des doigts et de la main est de 20 à 30 ans, et pour mieux spécifier encore, de 20 à 25 ans. Mais il est bon de remarquer que cette prédisposition n'est guère plus marquée pour les jeunes gens de 20 à 30 que pour les hommes mûrs. Les vieillards eux-mêmes sont quelquefois atteints, aucun âge n'est à l'abri ; mais les cas fournis par les enfants et les adolescents sont exceptionnels.

Sur la totalité des observations des kystes épidermiques de la main, les résultats de notre statistique restent analogues ; sur 89 cas où l'âge est indiqué, nous en trouvons 27 de 20 à 25 ans ; 6 de 25 à 30, de 30 à 50 ; nous trouvons 35 cas, 8 de 50 à 60 ; 6 de 60 à 80 ; 2 cas chez des enfants ; 5 chez des jeunes gens de 17 à 20 ans.

Profession. — Sans vouloir nous attacher à rechercher encore des chiffres, disons seulement que presque tous les malades

exercent des professions manuelles; nous trouvons parmi eux des ouvriers de toute sorte mais plus particulièrement des manipulateurs de métaux (horlogers, repousseurs, forgerons) ou des ouvriers qui ont besoin, pour leur ouvrage, de se servir d'outils fins et acérés (cordonniers), des soldats en proportion assez marquée. Plus rarement ce sont des malades dont la profession semble tout à fait indifférente (employés, négociants, etc.).

Cause déterminante. — Les professions manuelles exposent constamment à des blessures des traumatismes fréquents et c'est bien cette cause que nous allons retrouver dans un certain nombre de cas à l'origine de la tumeur. Sur la totalité des observations, il est parlé de traumatisme dans la moitié des cas à peu près, mais si nous faisons la sélection des cas où l'examen microscopique a été fait, l'étiologie traumatique est indiquée 50 fois sur 81. Cependant, il s'en faut de beaucoup que tous ces traumatismes aient la même valeur dans chaque cas. Dans cinq d'entre eux, en effet, ce genre d'étiologie n'est indiqué que sous la rubrique trop sommaire de « traumatisme », sans qu'il soit donné plus de détails (Weil, Franke, Tikhoff, 2 cas de Wegner); dans quatre autres observations, il s'agit de contusions sans plaie (Villar, Péraire, Wörz, Wiemann); dans une observation de Rizet, il s'agit d'une ampoule enlevée par grattage. Dans deux cas on trouve une opération chirurgicale (Barker, Blumberg), deux fois (Villar, Wiemann) des plaies contuses; cinq fois, des collections purulentes ouvertes chirurgicalement ou d'une façon spontanée (Labougle, 2 cas de Wegner, Rizet, Tikhoff). Deux malades, soignés par Demay et Desfosses avaient été victimes d'une morsure de chien. Enfin, il reste quinze observations où l'on a noté à l'endroit de la tumeur une piqûre par un instrument acéré quelconque (clou, pointe, aiguille, alène, etc.) et quatorze cas reconnaissant comme étiologie une plaie, une déchirure plus ou moins étendue de profondeur variable de la main ou des doigts. Nous ferons remarquer, avant d'aller plus loin, que l'on trouve des observations où l'étiologie, par le fait de plusieurs traumatismes, peut se

trouver assez complexe pour que l'auteur lui-même ait vu naître dans son esprit des hésitations (Chavannaz). Mais ce qu'il faut retenir c'est que dans plus de la moitié des cas les auteurs signalent un traumatisme portant exactement à l'endroit de la tumeur, traumatisme qui presque toujours est une plaie plus ou moins étendue, plus ou moins pénétrante. Dans certaines observations cependant, il semble que le néoplasme ne se soit formé qu'au voisinage et non au point traumatisé. Telle est l'observation de Demay; le sujet avait été victime d'une piqûre siégeant sur le dos de l'index et le kyste s'était produit sur la face palmaire; mais n'y avait-il eu qu'une simple piqûre; à lire l'observation, il paraît vraisemblable que la partie latérale du doigt avait été déchirée et que la tumeur s'était développée à l'extrémité antérieure de cette plaie.

Dans les 82 observations qui constituent la base de notre travail, il en reste encore un certain nombre (32) où aucun traumatisme n'a été signalé. Faut-il dire pour cela que cet élément étiologique fasse défaut? Peut-on l'affirmer?

Nous ne le pensons pas. En effet, il semble d'abord que, pour pas mal d'entre elles, les auteurs n'aient nullement songé à le rechercher avec soin. Comment l'auraient fait d'ailleurs les premiers auteurs qui ont décrit des kystes de cette nature, Muron, Rizet, Troquart, etc., alors que la véritable pathogénie des kystes épidermiques était totalement inconnue, alors qu'ils croyaient avoir affaire à des kystes dermoïdes, qu'ils voulaient seulement en étudier les caractères cliniques ou anatomiques et non l'origine? Depuis les publications de Gross, de Reverdin et les travaux de Masse, l'étiologie est mieux recherchée, mais beaucoup de sujets ne se souviennent plus. Quelle mémoire ne faudrait-il pas, d'ailleurs, pour se souvenir des écorchures, de toutes les plaies insignifiantes auxquelles cette région est constamment sujette? Quel est celui qui, sachant bien que sa main a reçu cent piqûres d'épingles, de clous, maintes plaies au couteau, serait capable d'en indiquer la place exacte?

Il y a enfin une catégorie de sujets qui affirment n'avoir jamais subi le moindre traumatisme à l'endroit où siège la tumeur.

Ces cas, quoique assez rares, n'en existent pas moins. L'on peut encore invoquer contre eux le manque de mémoire. Sans pouvoir l'affirmer avec certitude absolue, nous sommes donc, pour notre part, tenté de croire à l'existence constante du traumatisme à l'origine du kyste épidermique.

Comment va agir ce traumatisme dans la production d'un kyste épidermique? Telle est la question délicate que se sont posée Gross et Reverdin et qu'ils ont résolue de manière à rallier presque tous les suffrages.

Mais avant les travaux de ces auteurs, deux théories pathogéniques avaient déjà été émises. Nous allons brièvement les rapporter.

Théorie sébacée. — Küster et Whitaker Hülke voyaient le point départ de ce qu'ils appelaient des kystes sébacés dans les glandes du même nom. Mais comme ce genre de glande n'existe pas à la face palmaire des doigts et de la main, le premier de ces auteurs admettait l'existence possible de glandes sébacées aberrantes; nous sommes dans le domaine de l'hypothèse pure, hypothèse qu'ont toujours réfutée les recherches anatomiques.

W. Hülke, lui, admettait un fait, encore plus curieusement imaginé : une glande sébacée aurait été entraînée sous la peau de la main par un traumatisme. Cette idée, invraisemblable *à priori,* ne repose sur aucun fait quand on étudie l'étiologie des kystes de la main ; on n'a, en effet, jamais signalé ce double traumatisme assez complexe et difficile à comprendre qui serait nécessaire pour donner un peu de crédit à la théorie de Hülke.

Théorie sudoripare. — Cette théorie a été émise par Demay en 1881, dans sa thèse. Il donne à ces tumeurs le nom de *kystes épithéliaux cornés* et en fait un polyadénome sudoripare, hypothèse en opposition complète avec les faits anatomiques; les affections des glandes sudoripares n'ont aucune ressemblance histologique avec le kyste épidermique et il n'est pas possible que les cellules qui sécrètent la sueur puissent se transformer en cellules épithéliales cornées. Demay basait sa théorie sur la présence constatée dans la paroi du kyste, de débris de glandes

sudoripares. Reverdin ne pensait pas que ces glandes appartinssent à la tumeur, mais bien à la peau du voisinage. Depuis cette présence, nous l'avons dit déjà (v. Anatomie pathologique), a été plusieurs fois constatée et nous verrons plus loin quels arguments l'on peut en tirer, quelle est sa signification pathogénique.

Théorie traumatique. — Par le fait de la blessure, une parcelle d'épiderme est introduite dans le tissu cellulaire sous-cutané, où elle se greffe et va produire par la prolifération de ces éléments une tumeur ayant les caractères anatomiques que nous avons décrits.

Telle est cette théorie dont l'idée première revient à Gross, qui a été brillamment soutenue par Reverdin, et qui suffit à l'explication de la plupart des cas.

Actuellement, elle repose non seulement sur des faits cliniques, mais sur des bases expérimentales de deux ordres, travaux dont nous allons résumer les principaux.

A. Les plus intéressantes et en même temps les plus complètes de ces expériences sont dues au professeur Masse, de Bordeaux. Elles ont été entreprises dans le but d'expliquer l'origine des tumeurs perlées de l'iris. Déjà, en 1869, Hülke avait supposé que ces néoplasmes pouvaient avoir pour cause une greffe de la membrane de Descemet sur l'iris. Rothmund, en 1872, avait émis l'hypothèse d'une greffe semblable de la peau. Ces idées conduisirent plusieurs savants allemands à des expériences (Dooremale, 1873, Goldzieher, 1874, Schweninger, 1875, Hosch, 1880). De son côté, Masse, en 1881, annonce au Congrès français de chirurgie, qu'il a réussi à produire de véritables tumeurs perlées en introduisant dans la chambre intérieure de l'œil des fragments cutanés. Presque en même temps Hosch, en greffant d'une manière semblable des lambeaux de peau avec leurs poils, réussit plusieurs fois à former des kystes à paroi épidermique, à contenu athéromateux.

Ces expériences prouvent, non seulement la possibilité du développement d'une tumeur perlée et d'un kyste épidermique à l'œil, après une greffe traumatique, mais elles rendent mani-

feste l'analogie, sinon la ressemblance, de ces deux tumeurs. L'étiologie traumatique rendue si évidente quand il s'agit des tumeurs de l'iris peut-elle être invoquée pour la main et les doigts, pour les autres parties du corps? A cette question, vont répondre des faits expérimentaux nombreux.

Ce sont d'abord des nouveaux travaux de Masse. Dans une première série d'expériences, le savant professeur introduit dans la cavité abdominale de rats des fragments de membre d'autres rats, et réussit à produire de véritables kystes dermoïdes, qu'il appelle *kystes dermoïdes acquis*. Puis, il greffe dans le tissu cellulaire de jeunes rats des fragments de peau pris sur des animaux de la même espèce. Et, pour la troisième fois, les résultats sont identiques.

Schweninger, Lannelongue réussirent également à produire des kystes épidermiques sous-cutanés, par des méthodes analogues.

Mais, pendant ce temps, un auteur allemand, Kauffmann, en 1884, entreprend une expérience très curieuse qu'il appelle l'*enkatarraphie*, et qui va nous montrer le mécanisme intime de la formation du kyste épidermique. Kauffmann trace au bistouri sur la crête d'un coq un lambeau ovalaire de 6 à 10 millimètres de long sur 2 à 4 de large, puis suture par dessus ce lambeau les lèvres de la plaie, avec grand soin, de façon que cette partie restant enclavée dans la profondeur ne perde pas ses connexions avec les vaisseaux ni avec les tissus sous-jacents. Au bout de cinq à dix jours, il obtient un kyste et en suit l'évolution :

« Dans les premiers jours, l'épithélium reste aplati par les » vaisseaux sanguins gonflés et seulement recouvert par quel- » ques cellules infiltrées de tissu conjonctif. Au bout de quelques » jours, la bande épithéliale prend, sur une incision transver- » sale, la forme d'un arc. J'avais cru au commencement qu'il » s'agissait seulement d'une flexion mécanique venant après » coup; en même temps le tissu cicatriciel qui se forme se » resserre graduellement au-dessus de l'épithélium. Par des » mensurations et des observations postérieures, j'ai obtenu la

» conviction que la bande épithéliale s'était accrue en largeur
» et que, pendant qu'avait lieu une production active d'épithé-
» lium, il se formait au-dessus une membrane propre de recou-
» vrement. L'épithélium s'accroît toujours et s'infléchit vers la
» place de la cicatrice. L'épithélium forme donc, au-dessous de
» l'incision transversale, une rigole ou une gouttière dans la-
» quelle s'introduit un bourrelet ou une languette d'épithélium
» accru. Habituellement, l'épithélium se referme en haut, et, au
» commencement de la deuxième semaine, lorsque la cavité est
» complètement fermée, il reste un kyste épithélial, un athérome.
» Il est un fait particulier, c'est que dans la cavité épithéliale
» nouvellement formée, la couche épithéliale est plus épaisse
» que l'ancienne ; on trouve même que la transformation cornée
» et la desquamation se produisent dans l'enveloppe épithéliale
» supérieure, et dans la cavité sous une épaisseur plus grande
» que dans l'enveloppe inférieure, qui est une couche épithéliale
» basale. Le tissu cellulaire voisin s'hyperémie tout d'abord et
» forme une enveloppe au kyste. Au bout de 210 jours, le kyste
» n'était pas plus gros qu'au bout de trois ou quatre semaines » (1).

Nous n'avons encore parlé que des expériences à résultat positif. Nous devons aussi à la vérité de dire que Kauffmann, sur des chiens, et Labougle, sur des cobayes, ont tenté des inclusions épidermiques expérimentales, sans pouvoir produire de kyste.

B. Reste à prouver la possibilité de la greffe profonde par le traumatisme. Cette preuve nous est donnée par les expériences, sur le cadavre, de divers auteurs, et dont nous ne voulons citer que les principales.

C'est d'abord Poulet, qui, en 1886, ayant cherché dans le fond d'une plaie anfractueuse et y ayant reconnu des débris épidermiques, essaya d'inclure, à l'aide d'une pointe, des parties tégumentaires dans le tissu cellulaire. Il eut un résultat tout à fait concluant. Puis, en 1889, Labougle nous dit : « J'ai constaté
» moi-même, sur le cadavre, qu'en employant des corps divers

(1) *In* thèse Labougle.

» je réussissais toujours à enfouir sous le derme, sous les apo-
» névroses, dans les muscles, suivant la violence du trauma-
» tisme, des fragments d'épiderme ». Plus les instruments sont rugueux, et plus est facile l'expérience. Les instruments finement aiguisés ne donnent aucun résultat. Quelquefois le fragment invaginé restait en connexion avec la peau. Les résultats étaient identiques, à la main ou aux doigts. Enfin, dans certaines expériences, l'invagination épidermique demandait, pour être découverte, le secours du microscope.

Cinq années plus tard, René Le Fort arrive à des résultats semblables. Voici, ayant trait à des travaux expérimentaux, les conclusions qu'il pose à la fin de son article paru dans la *Revue de chirurgie :*

« 1° L'expérience montre que les fragments cutanés refoulés
» sont, en général, de petites dimensions et formés uniquement
» d'épiderme, mais d'épiderme complet. Aussi les kystes der-
» moïdes traumatiques sont-ils purement épidermiques le plus
» souvent.

» 2° Les fragments cutanés se détachent plus facilement à la
» main qu'ailleurs.

» 3° Le fragment cutané peut n'être pas complètement arra-
» ché ; il peut avoir gardé ses rapports profonds et avoir con-
» servé ses vaisseaux et ses nerfs et même ses glandes et ses
» poils.

» 4° Peut-être aussi un trauma peut-il produire l'arrachement
» d'un lambeau de peau comprenant, outre l'épiderme, une
» couche dermique plus ou moins épaisse ».

Nous ne voulons pas ajouter de commentaire à ces diverses expériences qui, d'une part, prouvent la possibilité du développement d'un kyste aux dépens d'une greffe sous-cutanée de fragments épidermiques, ou montrent le processus intime de cette néoformation, et qui, d'autre part, rendent compte des divers caractères présentés par l'ensemble de ces tumeurs, ou seulement par certaines d'entre elles. En effet, nous voyons tout d'abord que le lambeau épidermique s'invagine plutôt à la main que dans toute autre région, d'où plus grande fréquence

à cet endroit. Souvent purement épidermique, le fragment peut avoir conservé certains rapports, peut-être même, quelquefois, une portion du derme est-elle entraînée dans la profondeur; d'où, dans certains cas, complexité plus ou moins grande de la paroi qui peut contenir des glandes, des vaisseaux, etc.

La quatrième conclusion de Le Fort, toute vraisemblable qu'elle paraisse, n'a pu être malheureusement prouvée expérimentalement ; elle rend compte de ces cas où nous trouvons un derme plus ou moins bien organisé avec des papilles, ou séparé de l'épithélium par une membrane amorphe.

Bien des auteurs se sont demandé comment avait pu, dans certains cas, agir la contusion sans plaie, pour produire une inclusion épidermique. De Manny admet une sorte de clivage progressif de l'épiderme, mécanisme difficile à comprendre, et dû à la pression fréquente ou continue. « Le kyste épidermique, » dit-il, serait à l'épiderme ce que la bourse séreuse est au tissu » cellulaire ». Mais alors, le kyste épidermique devrait siéger tout superficiellement et non pas sous la peau. A la paume de la main et des doigts, où les téguments sont toujours épaissis et durs, surtout chez les travailleurs, il ne nous paraît pas invraisemblable de croire à la possibilité d'une plaie profonde, sorte d'éclatement du derme et des couches profondes de l'épiderme, produit à la suite d'un choc brusque et sans lésion superficielle. Ainsi des fragments du corps muqueux pourraient se greffer dans le tissu cellulaire, soit au moment du traumatisme, soit au moment de la cicatrisation.

Nous devons encore expliquer pourquoi les kystes épidermiques de la main et des doigts sont d'une si extrême rareté, alors que les plaies et les traumas de cette région sont au contraire si fréquents. Il est nécessaire, en effet, que le fragment invaginé réunisse certaines conditions de vitalité. En premier lieu, tout fragment qui ne contiendra pas des éléments du corps muqueux ne pourra proliférer et est voué à la mort. De même, la prolifération de tout tissu est difficile, sinon impossible, quand la plaie est infectée, quand il y a suppuration. Enfin, certaines blessures ne sont pas favorables à l'introduction d'un lambeau

de tégument dans la profondeur : ce sont les plaies par instruments très aiguisés, très fins, tels que rasoirs, aiguilles, etc.

Cette règle, ainsi que la précédente, souffre des exceptions. Encore n'est-il pas sûr que l'aiguille, l'épingle qui avaient fait la piqûre, n'étaient pas émoussées, rouillées plus ou moins.

On comprendra que ces trois conditions soient difficilement réalisables et que les kystes épidermiques, malgré les connaissances de jour en jour plus étendues à leur sujet, soient toujours d'une grande rareté à la face palmaire de la main et des doigts, région soumise à des traumatismes multiples, mais sujette aussi à des infections de toutes sortes.

Telle est, dans ses grands lignes, la théorie de l'origine traumatique des kystes épidermiques, théorie assise sur des bases solides et qui nous donne l'explication des moindres détails constatés dans l'examen anatomique de ces néoplasmes.

Nous devons enfin une mention spéciale aux cas où ont été signalées en plus ou moins grande abondance, des cellules embryonnaires et des cellules géantes dans les parois de la tumeur. Nous passerons sous silence les cas où la présence de cellules phagocytaires semblait liée à une infection secondaire, pour ne nous occuper que de ceux où la présence de ces cellules demande une explication un peu spéciale. Et à ce propos, nous allons résumer brièvement l'observation d'un *kyste épidermique du front,* présentée par M. Audry au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de 1902 :

« Sur une transformation plasmoïdale subie par les cellules » du revêtement épithélial des kystes épidermiques ».

Il s'agit d'une femme de 22 ans, porteuse d'un kyste épidermique du front. L'examen histologique de la tumeur montre une couche conjonctive sans papilles, un revêtement interne épidermique très net avec desquamation. Par endroit, le tissu conjonctif est comme pénétré par une quantité de petits vaisseaux dont l'aire béante est limitée d'un endothélium. On distingue à peu près à ce niveau une bande formée par des cellules irrégulières et qui ne sont autres que des cellules plasmati-

ques (de Unna). En se rapprochant de la cavité, on trouve une bande de tissu conjonctif lâche, traversé soit par de petits vaisseaux, soit par des cellules de type divers : lymphocytes et grands mononucléaires (?). Les cellules qui constituent la face interne sont de forme et de dimensions extraordinairement variées (généralement multinucléées) (deux à trente noyaux). Pas de noyaux en division, ceux-ci sont, en général, allongés. En certains points, ces cellules ont de l'analogie avec certaines dispositions observées dans les épithéliomas malpighiens à cellules géantes. Il y a de ces cellules dans la cavité, d'autres dans l'épaisseur du revêtement fibreux. Les vaisseaux se mettent en contact avec elles. Dans la couche des cellules géantes, les éléments lymphatiques font défaut.

Il paraît impossible à Audry d'attribuer à un travail phagocytaire l'origine de ces plasmodes, qui n'offrent d'ailleurs, dit-il, aucun des caractères des cellules géantes dites irritatives : forme plus ou moins régulière, noyaux marginaux, etc. Pour lui, il s'agit là d'une évolution aboutissant à la résorption totale de l'épithélium de revêtement, effectuée par deux processus intimement liés : réalisation de plasmodes de syncitium multinucléés par coalescence des éléments épidermiques et néoformation angioformative dévorant le revêtement épithélial. L'auteur ajoute que là où l'épiderme est à peu près complet, il n'y a pas de vaisseaux.

M. W. Dubreuilh fait remarquer, à la même séance, que ces cellules multinucléées englobent fréquemment un corps étranger, tel que poil follet ou débris de tissu corné et qu'il est disposé à les considérer comme des cellules géantes formées autour d'un corps étranger.

L'éminent professeur de Bordeaux a eu l'obligeance de nous communiquer une observation (voir obs. LXXXI), qui, bien que plus schématique, se rapproche par bien des points de celle d'Audry. Là aussi l'épithélium disparaît et on trouve dans la paroi du kyste des cellules géantes englobant des blocs cornés ou des amas calcaires; on peut suivre le travail phagocytaire, car, en certains points, des éléments morts sont entourés de

ellules vivantes, plus petites, que l'on sent, en quelque sorte, prêtes à dévorer les blocs cadavériques et à former des cellules géantes.

D'autre part, certaines observations où le processus n'a pas té poussé plus loin nous montrent, dans la paroi des kystes pidermiques, des vaisseaux entourés d'une zone de cellules mbryonnaires. Il est donc certain qu'il se produit dans certains as une réaction phagocytaire de défense et il est probable que kyste d'Audry en est un exemple.

Nous ne ferons que mentionner l'hypothèse admise par ummer, et dont nous reconnaissons tout le bien fondé, pour xpliquer un kyste autour d'une aiguille (obs. XXXI). Il ne agirait plus là d'une inclusion d'épiderme, mais seulement de greffe sous-cutanée de débris de glande sudoripare. Nous e connaissons pas d'autre exemple de tumeur semblablement nstituée.

La théorie de l'origine traumatique des kystes épidermiques, ute séduisante et solidement basée qu'elle puisse être, n'a pas cueilli l'unanimité des suffrages. On lui a opposé une théorie utenant une origine congénitale de ces néoplasmes, théorie e nous allons exposer.

Théorie dermoïde. — Elle a été soutenue par Guermonprez Lalitte (1885), qui combattaient ainsi les idées dont Gross nait de se faire le champion. Ces deux auteurs ne voient dans genre de néoplasie étudié par Gross, Micault, Demay, etc., e des kystes dermoïdes ordinaires, développés aux dépens inclusions embryonnaires et auxquelles le traumatisme peut oir donné parfois un coup de fouet. Ils basent leur opinion r trois arguments principaux que nous résumons :

1° Absence de toute blessure; 2° pour qu'au moment de la essure une portion de peau épaisse comme celle des doigts it introduite sous le derme, il faut que la plaie soit considéra- e, ce que permettraient difficilement les dimensions des doigts; des cellules épidermiques ne pourraient donner naissance à des cellules semblables à elles-mêmes.

Les deux dernières objections s'écroulent d'elles-mêmes après

l'étude anatomique du kyste épidermique et la série d'expériences de Labougle et Le Fort sur le cadavre.

De même que Lalitte et Guermonprez, Labougle se base sur l'absence de blessure dûment constatée pour bâtir une théorie mi-embryonnaire et mi-traumatique. Nous avons déjà dit combien cette absence de tout traumatisme était difficile à prouver, à une région si fréquemment exposée.

Reverdin avait, en faveur de la théorie traumatique, tiré un argument de l'âge des malades. On sait, en effet, que les enfants et les adolescents sont rarement atteints ; qu'au contraire une bonne moitié des malades a dépassé la trentaine ; que l'on en trouve beaucoup âgés de 50 à 60 ans, certains de 78. Labougle, et après lui Cabello, ont voulu retourner cet excellent argument contre son auteur, et, à cet effet, se sont servis de cette statistique publiée pour des kystes de l'ovaire :

Pauly sur 57 cas :

Entre 30 et 40 ans : 12 cas.
» 30 et 50 ans : 25 cas.

Le Fort sur 105 cas :

Entre 30 et 40 ans : 21 cas.
» 30 et 50 ans : 39 cas.

Lannelongue (stat. person.) sur 26 cas.

Entre 30 et 40 ans : 3 cas.
» 30 et 50 ans : 9 cas.

Mais ces deux auteurs ne semblent pas avoir remarqué qu'il s'agit là de kystes dermoïdes profonds, dont les symptômes ne sont souvent ressentis par les malades que lorsque leur développement a pris une extension relativement très grande, et que la date de leur début ne peut pas être précisée. Tout au contraire, dans les parties superficielles et surtout à la main où l'attention est constamment attirée, la moindre tumeur est infailliblement aperçue à son début. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les observations, et il est rare que le malade ne

puisse donner une date précise de l'apparittion de sa grosseur. Et d'ailleurs, les kystes dermoïdes superficiels sont partout décrits comme une affection de l'enfance et de l'adolescence, il y a, bien entendu, des exceptions à cette règle, mais nous ne croyons pas que jamais leur existence soit révélée seulement à 70 ans.

Mais ce que n'ont pas fait, jusqu'à cette heure, les partisans de la théorie dermoïde, c'est de donner une explication suffisante de la possibilité d'une inclusion congénitale à la main et aux doigts : « Existe-t-il, dit Lalitte, sur la face palmaire, une gout-» tière qui se comble par la soudure de ses deux bords libres? » Si elle existait, il serait facile d'expliquer par la soudure pré-» maturée de ses deux bords l'inclusion d'un cul-de-sac cutané ». La gouttière n'existe pas, et d'ailleurs existerait-elle, le kyste devrait se développer alors sur les faces latérales et non sur la face palmaire (Reverdin). Puis Lalitte semble admettre que sous l'influence d'une inflammation survenue à la période de développement des doigts, une portion de peau pourrait être attirée par un tissu cicatriciel et s'incline ainsi sous les téguments, hypothèse purement gratuite.

Labougle, également, tente de donner un fondement à la théorie embryonnaire, en formulant l'hypothèse suivante : « Schenck a montré que, avant l'apparition des sillons interdi-» gitaux, les doigts étaient représentés par des traînées cellu-» laires disposées en rayons comme les doigts futurs. Chez » quelques embryons, ces traînées furent vues plus nombreuses » que les doigts. Celles de ces traînées qui excèderaient le nom-» bre normal disparaîtraient. Il semble, d'après les figures de » Schenck, qu'il y ait fusion et non pas disparition. A l'état nor-» mal, ces traînées se joindraient deux par deux : quatre fentes » se produiraient au niveau de la membrane interdigitale, qui » délimiteraient les doigts. Normalement il peut se faire un » arrêt dans cette fusion ou cette disparition, un cinquième » sillon se manifeste et un sixième doigt est créé, c'est là le cas » extrême. Ne pourrait-on pas admettre un retard dans la » fusion des traînées de Schenck, une formation rudimentaire

» de la fente interdigitale sous l'influence de la fusion des traînées cellulaires, la non persistance de ce sillon? Les bords de celui-ci se souderaient de façon précoce, mais cette soudure aurait pour conséquence l'emprisonnement, l'enclavement sous-dermique d'un ou de plusieurs lambeaux cutanés. Les contusions, les frottements, etc. viendraient alors les irriter et provoquer l'apparition d'un kyste dermoïde ».

Cette explication, qui ne repose que sur des suppositions gratuites, sur des recherches anatomiques à entreprendre, et qui d'ailleurs, comme le fait remarquer Trouki, serait insuffisante pour les cas de kystes de la paume de la main, ne saurait être plus accréditée que celle de Lalitte.

Il est cependant un argument plus sérieux en faveur de la théorie congénitale. Il est tiré de l'anatomie pathologique; en effet, le kyste épidermique a la même constitution que le kyste dermoïde de la deuxième variété de Lebert. Même certains d'entre eux ont une organisation plus compliquée, ayant dans leur paroi conjonctive des papilles, etc. La première partie de cette objection est sans valeur, depuis que l'expérimentation nous a montré que ces kystes de la deuxième variété pouvaient se former aux dépens d'inclusions expérimentales. La présence de papilles, de glandes sudoripares, etc., n'a non plus rien d'étonnant, si l'on admet que l'épiderme peut, dans certains cas, garder ses rapports avec certaines parties des tissus voisins, comme l'ont prouvé les expériences de Le Fort.

Ainsi donc, pendant que la théorie traumatique s'assied sur des bases de jour en jour plus fermes, les partisans de la théorie embryonnaire n'arrivent à opposer aux faits cliniques et expérimentaux que des objections bien vagues. De plus, ils se trouvent dans l'impossibilité absolue de formuler une théorie rationnelle. Le mode d'accroissement des doigts permet difficilement une inclusion cutanée congénitale. Cependant, sans vouloir dire, parce que nous ne comprenons pas, qu'il est impossible qu'il se développe aux doigts et à la main des kystes dermoïdes nous sommes disposé, pour l'instant, et jusqu'à preuve du contraire, à classer les tumeurs que nous étudions sous la rubrique de « *kystes épidermiques traumatiques* ».

CHAPITRE IV

Etude clinique

La symptomatologie des kystes épidermiques des doigts est pauvre, et de cette pauvreté découlera souvent une singulière difficulté de diagnostic.

Un sujet, le plus souvent un homme, d'âge variable, ouvrier, va consulter son médecin pour un nodule siégeant à la paume de la main ou à la face antérieure d'un doigt, nodule qui le gêne ou qui l'inquiète.

Par l'interrogatoire, nous apprenons que deux, trois ou quatre ans auparavant, quelquefois deux ou trois mois seulement, et dans des cas exceptionnels, dix, quinze, vingt-quatre ans auparavant, le malade a fait une chute sur la main, s'est piqué avec un clou, une aiguille, s'est coupé avec un couteau. Après la cicatrisation de la blessure, la région semble être restée tendue, plus dure, puis un ou deux mois après le malade constatait sous la peau, à l'endroit même de la plaie, un petit nodule dur, gros à peine comme un grain de mil, une tête d'épingle en verre. Cette petite grosseur s'est accrue et finit par constituer une véritable gêne.

Dans un bon tiers des cas, la tumeur semble avoir fait son apparition sans cause apparente, il n'est souvenir d'aucune plaie de la région, dans l'esprit du malade, qui, exceptionnellement, regarde tout traumatisme antérieur comme absolument impossible.

A l'inspection, nous trouvons une tuméfaction de grosseur variable (petit pois, œuf de pigeon, grosse noix), mais dont le volume atteint généralement les dimensions d'une petite noi-

sette, d'un gros pois; sa forme est régulière la peau est soulevée d'une manière uniforme sans bosselures, donnant l'impression de recouvrir une tumeur sphérique ou allongée. Cette peau est presque toujours normale, mais on peut la trouver enflammée plus ou moins, quelquefois même ulcérée. Ajoutons qu'à sa surface on voit quelquefois des traces cicatricielles. Enfin, on a noté une seule fois la transparence, il est juste de dire que ce symptôme est rarement recherché.

La palpation, souvent rendue difficile à cause de l'épaisseur des téguments, fournira les notions les plus précises. On reconnaîtra, d'une façon aussi précise que possible, le volume de la tumeur, sa forme sphérique ou allongée, la régularité de sa surface, on tâchera de sentir si elle n'émet pas de prolongements. On sentira par la palpation que la tumeur est d'une dureté spéciale, élastique, rénitente, sans fluctuation vraie en général, mais pouvant présenter une certaine mollesse liée à une dégénérescence plus ou moins complète; cette sensation de mollesse est rare, d'ailleurs, et il est même curieux de remarquer que ces tumeurs qui, à l'examen anatomique, se présentent, la plupart du temps, comme assez molles, soient dures à l'examen clinique. Il est probable que cette sensation est due à la constitution du tégument et du tissu sous-cutané des doigts plutôt qu'à la tumeur elle-même. Certains de ces néoplasmes ont été signalés comme ayant une dureté toute cartilagineuse. Signalons encore que dans l'observation d'Heydenreich, cet auteur pouvait, par des pressions alternatives, se rendre compte de deux poches communiquant ensemble et contenant un liquide grumeleux donnant une sensation riziforme.

Nous avons déjà dit que la surface était lisse, sans bosselures ni dépressions.

Souvent la peau est adhérente au néoplasme par des connexions plus ou moins serrées. Mais dans un certain nombre de cas, ces adhérences n'existent pas et la peau glisse facilement sur le noyau néoformé. Aussi l'on comprendra que ce symptôme ne puisse fournir, au point de vue du diagnostic différentiel, des indications absolues.

L'adhérence aux gaînes des fléchisseurs, bien que signalée et plus ou moins intime dans quelques observations, est cependant rare, de telle sorte que, dans son cas le plus simple, le kyste est perçu adhérent à la peau, mais mobile dans tous les sens sur les parties profondes, et ne suivant nullement les déplacements des tendons. A cause de la constitution particulière des doigts, la tumeur, à cette région, sera reconnue plus facilement mobile dans le sens transversal.

Les symptômes fonctionnels sont à peu près nuls. Le seul que l'on rencontre avec une certaine constance, celui qui amène le malade à son médecin, est une certaine gêne dans la préhension des objets, dans les travaux manuels, et encore cette gêne ne se manifeste-t-elle que lorsque la tumeur a acquis un certain volume.

En général, il n'y a pas de douleur spontanée. Villar rapporte cependant un cas de douleur spontanée s'irradiant dans le bras le long du trajet du nerf cubital. Dans le cas de Bégouin, la douleur consistait en de véritables élancements et semble due à l'inflammation de la tumeur.

La douleur provoquée se rencontre plus souvent. Kummer a noté dans une de ses observations (obs. XXXI) une sensation comparable à celle que produirait un paquet d'aiguilles lorsque le malade, un pêcheur, appuyait sa main sur le manche de sa rame. Assez souvent les malades éprouvent, par la pression sur la tumeur, une sensation douloureuse dont les auteurs n'ont pas essayé de préciser le caractère, mais qui, toujours, semble être très légère; elle était assez forte dans un cas de Kummer, mais, dans le kyste, il y avait un corps étranger, une aiguille. Cette douleur est signalée dans 19 observations sur 82; dans 7 cas, elle était spontanée, dont 2 fois liée à la présence de corps métalliques à l'intérieur du kyste et 2 fois intermittente.

Il est de toute évidence que ce symptôme a pour cause l'irritation des filets nerveux du voisinage. Quelquefois cependant, elle peut être due à une inflammation de la tumeur ou des parties avoisinates.

Marche. Pronostic. Complications. — Les kystes épidermiques ont une marche essentiellement lente. La tumeur est perçue par le malade, environ six semaines à deux mois après le traumatisme qui lui a donné naissance; puis elle s'accroît progressivement et met deux, trois ou quatre ans à acquérir son volume normal, qui est celui d'une petite noisette. Mais, là aussi, on peut admettre tous les caprices, et si au bout de dix ans et plus, tel kyste n'est pas plus gros qu'un noyau de cerise, il en est d'autres qui, en un an et moins, peuvent acquérir des dimensions bien plus considérables; il n'est donc pas possible de poser une règle absolue.

Leur accroissement est progressif, mais il est également soumis à toutes les irrégularités. Et l'on voit certains de ces néoplasmes, après un arrêt inexplicable de plusieurs mois dans leur développement, prendre sous l'influence d'un léger traumatisme, d'une inflammation du voisinage, ou souvent sans cause aucune, acquérir en très peu de temps un accroissement considérable relativement.

Ils n'ont aucune tendance à rétrocéder, et l'on peut dire que leur développement, très lent, mais indéfini, ne s'arrête qu'au moment de leur extirpation.

Ils ne présentent aucun caractère de malignité, pas de généralisation, pas de retentissement sur l'état général, pas d'engorgement ganglionnaire. Cependant Dubreuilh a noté un ganglion épithrochléen, et en fouillant les observations, on découvre l'engorgement non douloureux de quelques ganglions axillaires, hypertrophie qui nous semble difficilement imputable au kyste. Après l'ablation, on a noté quelques cas de récidive, mais cette récidive paraît due, selon toute vraisemblance, soit à une exérèse incomplète de ce néoplasme essentiellement limité, soit à une seconde greffe épidermique effectuée au moment de l'opération; d'ailleurs, chaque fois, la récidive ne présentait aucune malignité. Il est bon de signaler que Franke a publié une observation de transformation carcinomateuse. Il s'agissait de deux tumeurs de l'éminence thénar, qui furent extirpées; il n'y a pas eu de récidive, nous dit Franke, mais nous ignorons ce qu'il est advenu plus tard.

La marche des kystes épidermiques peut être troublée par deux complications qui, ni l'une ni l'autre, ne sont graves : l'ulcération causée par des frottements répétés ou un traumatisme (2 fois sur 82), et l'inflammation, qui est un peu plus fréquente, mais qui ne peut pas constituer une complication bien sérieuse.

Une fois, la tumeur s'était ouverte dans le tissu cellulaire (Heydenreich).

Jamais on n'a signalé, consécutivement aux kystes épidermiques des doigts ou de la main, d'altérations du squelette, des articulations, des vaisseaux ou des nerfs, des synoviales.

Diagnostic. — Tumeur du volume d'une petite noisette, ronde ou oblongue, siégeant dans le tissu cellulaire, à surface lisse, adhérente à la peau, mobile sur les plans profonds, assez dure, élastique ou rénitente, évolution très lente et progressive, traumatisme dans les antécédents, tels sont les éléments qui aideront le praticien à porter un diagnostic raisonné de kyste épidermique. Mais de toutes ces notions, qui ne sont que très rarement réunies après l'examen clinique, il n'en est aucune qui soit pathognomonique. Aussi le diagnostic, toujours très obscur il y a une vingtaine d'années, reste-t-il, encore aujourd'hui, entouré de difficultés. Dans les cas où il est particulièrement difficile, nous ne voyons qu'un seul moyen de lever tous les doutes : c'est la ponction exploratrice. Cette petite opération dépourvue de difficulté, mais aussi sans grande utilité au point de vue de l'intérêt du malade, a été préconisée par Lalitte dès 1885. La matière athéromateuse n'est pas toujours aspirée, même par un trocart assez gros, mais on obtient facilement la sensation que l'aiguille a pénétré dans une cavité où elle est mobilisable, et par l'orifice qu'elle a produit, on peut ensuite, par la pression, faire sourdre un petit ver blanchâtre et épais, dont on peut faire l'examen microscopique.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur le diagnostic différentiel du kyste épidermique avec toutes les tumeurs de la main. Il est, en effet, facile d'éliminer certains néoplasmes à caractères cliniques très nets et bien tranchés; ostéomes, enchondromes, névromes, tumeurs malignes. Cependant, parmi

ces dernières, il est certaines formes de sarcome qui, à leur début tout au moins, peuvent en imposer pour des kystes épidermiques; ce sont ces formes dont l'évolution lente n'a pas encore retenti sur l'état général. Cependant, ils se différencient des kystes épidermiques par des adhérences plus étroites avec les parties profondes, une forme plus irrégulière, la douleur constante et, malgré tout, une évolution plus rapide. Nous ne parlerons pas des tumeurs sanguines, avec lesquelles la confusion est impossible. Des exemples de kystes hydatiques ont été signalés aux doigts, le diagnostic doit en être cliniquement impossible sans la ponction exploratrice.

Les kystes sébacés, anatomiquement impossibles à la face palmaire, sont très rares à la face dorsale. Ordinairement, ils sont munis à leur sommet d'un petit pertuis par où s'écoule la matière sébacée ; c'est le seul caractère qui permettrait d'établir un diagnostic.

Il faudra penser encore à la possibilité du lipome dont la mollesse pâteuse spéciale, la lobulation assez nette, les limites un peu fuyantes constituent des caractères distinctifs bien marqués.

Mais les deux tumeurs, qui prêtent le plus à confusion qui ont induit en erreur tous les chirurgiens dont la pensée n'était pas assez attirée vers le kyste épidermique, sont le kyste folliculaire de Gosselin et surtout le fibrome.

Le *kyste folliculaire,* appelé encore plus communément *ganglion*, est sous-cutané, arrondi, lisse, résistant, d'une dureté comparable à celle du tissu fibreux, sans fluctuation mais rénitent parfois. Il est souvent douloureux, adhérent aux couches profondes du derme quelquefois. Mais, outre que son siège banal est situé sur le dos du poignet, son véritable signe différentiel consiste en ce qu'il est adhérent aux synoviales et qu'il est mobile avec les déplacements des tendons. Il faut remarquer, toutefois, qu'il peut perdre ses connexions avec les parties profondes et qu'alors il est, à la palpation mobilisable en tous sens. La ponction exploratrice montrerait dans ce cas un liquide visqueux, jaunâtre ou rosé, comparable à la gelée de pomme ou de groseille (Forge), et ne contenant pas de cellules cornées.

La réelle difficulté du diagnostic réside dans la possibilité de l'existence des *fibromes* à la main. Et de fait c'est là l'erreur qui, la plupart du temps, a été commise.

Ce néoplasme peut, en effet, parfois présenter une identité complète de symptômes avec le kyste épidermique. Le seul signe bien différentiel consiste en la pédiculisation du fibrome. Mais le pédicule peut parfois manquer, ou, trop grêle et peu tendu, ne pas donner une sensation bien nette. La dureté particulière du fibrome, son adhérence en général intime à la gaîne des tendons, peuvent donner des renseignements utiles, mais auxquels on ne peut pas trop se fier, les kystes épidermiques pouvant eux aussi être très durs et avoir des adhérences profondes. Une étiologie bien nette peut lever les hésitations que ferait tomber à coup sûr la ponction exploratrice.

Il existe enfin, une dernière classe de tumeurs à évolutions lente et bénigne, à laquelle il faut songer bien qu'elle soit d'une extrême rareté : nous voulons parler du *sarcome à myéloplaxes*. Cette tumeur, qui est adhérente aux plans profonds et parfois à la peau, présente en général une irrégularité de forme et de consistance qui peut difficilement être confondue avec la forme ronde ou ovalaire régulière, avec la surface lisse, la consistance uniformément dure et élastique du kyste épidermique.

Enfin, dans une observation (Obs. LXII), MM. Chaput et Guillemot ont hésité entre la possibilité d'un kyste épidermique ou d'une *synovite fongueuse*. En effet, la synovite tuberculeuse peut donner lieu à des tuméfactions limitées, très comparables à celles que forment les tumeurs bénignes aux doigts. A leur début, elles sont dures et rénitentes. D'autre part, le kyste épidermique peut avoir une mollesse très marquée, qui donne à la palpation la sensation que donneraient des masses fongueuses. La peau, qui peut s'enflammer au-dessus de la tumeur, une certaine douleur sourde, sont encore susceptibles de donner le change.

Mais, dans la tuberculose des synoviales, les mouvements du doigt atteint sont gênés et cela *dès le début* de la lésion. La gêne occasionnée par le kyste épidermique ne se manifeste que

lorsque celui-ci a déjà un assez gros volume. Ce n'est pas une gêne des mouvements à proprement parler, mais plutôt une incommodité, une maladresse dans la préhension des objets. Enfin la tuméfaction tuberculeuse, mobile latéralement, suit les mouvements du tendon, c'est là le vrai signe distinctif que ne présente pour ainsi dire jamais le kyste épidermique.

Le diagnostic de la forme anatomique sera basé sur la consistance de la tumeur. A une consistance molle correspond la forme commune à grande cavité. La forme perlée est toujours impossible à affirmer, car les kystes épidermiques se présentent presque toujours avec une consistance dure, rénitente, élastique.

Le diagnostic étiologique sera très facile, douteux, ou absolument impossible. Il sera basé sur l'interrogatoire du malade, dont il est indispensable de rechercher parfois les antécédents très lointains, sur la présence d'une cicatrice au-dessus ou dans le voisinage immédiat de la tumeur.

Le diagnostic de l'*inflammation* ou de l'*ulcération* se fera facilement; mais on ne pourra que soupçonner une dégénérescence *calcaire* ou *huileuse*, à moins de recourir à la ponction, qui, nous l'avons dit, est bien inutile. La dégénérescence *carcinomateuse* sera, probablement, toujours méconnue, au moins à ses débuts.

En résumé, le diagnostic doit, le plus souvent, être discuté entre la possibilité du kyste épidermique et celle du fibrome. Plus rarement, il y a matière à confusion avec le kyste folliculaire, certaines formes de sarcome, le lipome, la tuberculose des gaines synoviales. Depuis une vingtaine d'années que l'attention des médecins a été plus particulièrement attirée vers le kyste épidermique, nous voyons que ce dernier a été reconnu avant l'opération dans la majorité des cas. La plupart du temps pour diagnostiquer ce néoplasme, il suffit en effet d'y songer.

Traitement. — Cet exercice de diagnostic, qui, à un point de vue tout théorique, peut présenter quelque intérêt, cesse d'avoir une utilité quelconque, si l'on songe que toutes les tumeurs bénignes de la main et des doigts sont susceptibles d'une intervention chirurgicale.

La première indication opératoire est fournie par le volume trop gros de la tumeur et la gêne qu'elle apporte au malade. La douleur peut aussi, et quelquefois à elle seule, devenir une indication absolue. Il en est de même de toute inflammation, toute ulcération de la tumeur. On ne doit pas cacher au malade que le kyste qu'il porte est sujet à des infections de toute sorte qui pourront un jour devenir une source d'ennuis.

On ne doit pas oublier non plus que Franke a signalé un cas de dégénérescence carcinomateuse, et ce seul fait doit engager le médecin à toujours proposer l'exérèse du kyste épidermique surtout si le malade a un certain âge.

D'ailleurs la bénignité même de l'intervention chirurgicale est une nouvelle indication sur laquelle il n'est pas besoin d'insister.

Le chlorure d'éthyle ou tout autre anesthésique local, la cocaïne plus particulièrement, en une série d'injections autour du kyste, suffisent chez la plupart des sujets.

Après incision de la peau, la tumeur sera disséquée, et en général s'énucléera facilement, quelquefois d'elle-même.

Il n'est nullement nécessaire de décrire avec détails une opération aussi simple. Cependant nous ne saurions trop faire ressortir combien il est nécessaire de s'appliquer à faire une dissection minutieuse de la tumeur lorsqu'elle est adhérente à la peau ou aux gaines tendineuses. Il faut aussi, autant que possible, l'énucléer sans la déchirer ou l'ouvrir, et prendre soin de l'extirper dans sa totalité absolue. On sait, en effet, que faute de toutes ces précautions, un fragment insignifiant en apparence du néoplasme peut rester dans la plaie, et donner lieu à une récidive.

Il est quelquefois nécessaire, pour obtenir une cicatrisation linéaire, d'enlever un lambeau de peau.

Après que la plaie a été suturée par deux ou trois crins de Florence, et pansée convenablement, la cicatrisation doit être obtenue par première intention en six à huit jours, si l'opération a été faite avec les conditions d'aseptie nécessaires.

CHAPITRE V

Observations suivies d'un examen microscopique.

Observation I

Muron, 1868.

M. Muron montre à la Société anatomique de Paris un kyste dermoïde de la face palmaire de la main, enlevé par Trélat à Saint-Louis. Ce kyste, développé chez un homme de 40 ans, datait de six à sept ans. Il contenait un liquide puriforme et ses parois formées de lamelles superposées, le font ressembler à la tumeur perlée et sont constituées par des cellules épithéliales aplaties, entremêlées de tissu conjonctif.

Observation II

Demay, 1880.

M..., 44 ans, employé.

Morsure de chien le 5 novembre 1879 dans le premier espace intermétacarpien. Au bout d'un mois, petit nodule sous-cutané, adhérent à la peau, mobile sur les plans profonds. Volume d'un pois. Opération le 10 avril 1880. La tumeur ouverte pendant l'opération laisse écouler un liquide assez épais avec des éléments organiques solides.

La tumeur est formée : 1° de deux ou trois couches de cellules aplaties d'épithélium pavimenteux stratifié, engrénées mutuellement et munies d'un noyau peu apparent ; 2° d'une zone très épaisse de cellules cornées qui desquament à l'intérieur du kyste.

Observation III

Demay.

X..., 22 ans. Il y a deux ans, coup de baïonnette sur le dos de l'index, au niveau de l'articulation des deux dernières phalanges. Le doigt, appliqué à ce moment contre la crosse du fusil, est comprimé entre cette pièce et l'arme. Le malade se souvient qu'il y a eu une plaie vite guérie ; mais que du côté palmaire il a observé une petite élevûre noire violacée. Depuis lors, gêne légère. Apparition d'un petit corps dur profondément situé dans la pulpe : augmentation de volume et gêne plus grande.

Le Dr de Rause trouve sur la face palmaire une saillie anormale au-dessous de l'articulation de la dernière phalange formée par un corps dur, arrondi, douloureux à la pression, mobile latéralement, moins mobile selon l'axe du doigt. A la partie latérale du doigt, cicatrice linéaire.

Extirpation : Le kyste, gros comme un noyau de cerise, s'est ouvert pendant la dissection, le contenu présentait une certaine analogie avec celui des ganglions du poignet.

Examen microscopique : Paroi épaisse de 1 millimètre formée : 1° d'une couche externe de tissu conjonctif dont les faisceaux s'écartent par place formant ainsi des lacunes remplies de noyaux ; 2° d'une couche interne, revêtant la coque conjonctive à la façon d'un épithélium sans en avoir la régularité ; sur le pourtour, on rencontre des îlots constitués par une matière amorphe, granuleuse, parsemée d'énormes noyaux ; la couche conjonctive envoie dans la couche interne des prolongements infiltrés de nombreuses cellules embryonnaires.

Six mois après, première récidive, enlevée par Broca. L'examen histologique montre un kyste dont la paroi est formée de plusieurs couches de cellules semblables à celles de l'épiderme. Autour du kyste, glandes sudoripares dégénérées, ici des tubes hypertrophiés, là d'autres dégénérés et transformés en amas informes.

Peu à peu une nouvelle tumeur se forme à surface irrégulière, accompagnée de douleurs, de convulsions cloniques de l'index, de contractures de la main. Gilles de la Tourette croit à un névrome.

Destruction par les caustiques; il s'écoule un liquide filant sous l'escarre. Le malade restait guéri en 1880.

Observation IV

Troquart, 1881.

Mme X..., 45 ans, journalière. Tumeur aperçue il y a six mois, siégeant dans la pulpe de l'annulaire droit, non douloureuse, du volume d'un gros pois, dure, mobile dans les parties profondes, l'auteur pense à un fibrome. Enucléation très facile.

Tumeur arrondie, lisse, blanc nacré, formée d'une coque assez mince, renfermant une matière blanchâtre, demi-molle, semblable à du sébum.

Examen histologique (Arnozan) : Contenu formé de cellules épidermiques cornées ; un fragment de la paroi dissociée se montre composé des mêmes éléments qu'à l'extérieur; une coupe de la paroi se colore par le picro-carmin en rouge sur les bords, en jaune au centre ; on distingue sur la coupe des stries parallèles sériées ; l'acide acétique gonfle les cellules épidermiques qui constituent exclusivement la paroi.

Observation V

P. Gibier, 1881.

D... (L.), 17 ans, marchand de vins.

Sur la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit, tumeur apparue il y a deux ans. Gêne et douleur dues à un petit abcès situé au-dessus; incision de l'abcès et, huit jours après, ponction de la tumeur grosse comme une noisette; issue de matière blanchâtre rubanée. Enucléation de la poche (Desprès).

Contenu : Cellules épithéliales plates, sans noyaux; cristaux losangiques. Enveloppe composée de cellules épithéliales à la partie interne, aplaties et tassées comme les cellules qui forment les couches superficielles de l'épiderme cutané. Pas d'ouverture à la poche, pas de papilles ni de poils. Il y a cinq ans, le même malade a été opéré pour un kyste dermoïde de la queue du sourcil.

Observation VI

F. Rizet, 1881.

R..., 22 ans, soldat de ligne, autrefois forgeron et travaillant le plus souvent de la main gauche. A 19 ans, phlegmon de la main gauche, incisé au milieu du premier espace intermétacarpien.

En août 1867, après une piqûre, il remarqua une grosseur de l'auriculaire gauche, à la partie moyenne, face palmaire. Tumeur qui s'accroît progressivement, sans douleur. Actuellement, volume d'une noisette, peau normale, pas d'adhérence au tendon. Consistance rénitente en haut, cartilagineuse à l'autre extrémité. Seconde tumeur dans le premier espace intermétacarpien, plus petite, de consistance fibreuse

Ponction (matière blanc jaunâtre), puis extirpation des deux tumeurs.

La première tumeur est formée d'une enveloppe de 3 millimètres de fibres connectives et élastiques, ainsi que de cellules épithéliales. Dans le kyste, corpuscules de graisse et granulations.

La deuxième tumeur est analogue, sans graisse ni détritus granuleux à l'intérieur.

Observation VII

Rizet, 1881.

M..., ouvrier du génie. Il y a sept mois, ampoule suivie de sécrétion séreuse; quelques mois après, au même endroit, c'est-à-dire à la face palmaire de l'index droit, se développe une tumeur, grosse actuellement comme un haricot, molle; la peau a son épiderme très épaissi.

Ablation, paroi mince, translucide, lisse, constituant un tissu nutré à lamelles superposées, véritable tissu épidermique condensé en couches stratifiées au-dessous de la tumeur. Pas de connexions avec les tendons. Réunion par seconde intention.

Observation VIII

Rizet, 1881.

C..., 22 ans, soldat de ligne. Apparition à la face palmaire de la première phalange de l'index droit d'un corps dur, mobile, arrondi, gros comme un pois mais qui acquiert bientôt le volume d'une aveline. Ablation, adhérence assez intime à la gaîne des fléchisseurs, pas d'adhésion à la peau.

Corps lisse, oblong, à grand axe vertical, dont la face profonde est excavée en gouttière. Une membrane résistante de un demi-millimètre renferme un corps pierreux à surface irrégulière, comparé à un noyau de pêche, pesant 3 gr. 5. Guérison.

Observation IX

Kuster, 1882.

M. P..., 37 ans, journalier. Tumeur du volume d'une noisette, de date et d'origine inconnues, à la phalange moyenne du médius gauche. Gêne. Extirpation. Guérison. C'était un athérome en bissac à grand axe transversal, contenant des écailles épidermiques assez sèches et des cristaux de cholestérine.

Observation X

Chavasse, 1883.

Tumeur perlée de l'index.

Ch. V..., 22 ans, entré le 3 février 1882. Tumeur de la pulpe de l'index gauche datant d'août 1881. Incisée à cette époque, elle a laissé s'écouler un liquide blanchâtre. Depuis un mois, augmentation de volume, douleur à la pression. Pas de traumatisme à l'origine.

Actuellement, tumeur grosse comme une bille, résistance élastique, sous-cutanée, mobile sur les plans profonds, adhérente un peu à la peau. Enucléation facile.

Aspect nacré, chatoyant, surface lisse; vue à la coupe, elle est

formée de lamelles nacrées, imbriquées et d'une petite cavité renfermant une matière molle blanchâtre.

Caractères histologiques (Baraban). — Contenu : bouillie formée de cristaux de cholestérine, d'amas de granulations graisseuses, de cellules épithéliales lamelliformes, polygonales, libres ou associées en membranes, à noyau ovoïde difficile à reconnaître.

La zone périphérique est exclusivement composée de cellules épithéliales cornées. Les plus périphériques renferment un noyau très pâle, difficile à colorer.

Faibles lambeaux de tissu fibreux en plusieurs points de la surface.

Observation XI

Poland, 1883.

M. Poland montre à la « Pathological Society of London » un kyste sébacé de la face palmaire de l'annulaire chez un homme de 59 ans. La tumeur date de quatre ans environ. Augmentation progressive et gêne.

Le kyste était rempli par des cellules épidermiques, mais il n'y avait pas de sac distinct.

Observation XII

Gross, 1883 (thèse de Micault).

Tumeur perlée du pouce.

A. D..., entré le 27 janvier 1883. Il y a vingt-quatre ans, blessure en fendant du bois. Un ou deux mois après, à l'endroit même de la plaie, petite grosseur qui acquiert peu à peu le volume d'une noix. Il y a six semaines, la tumeur, jusqu'alors dure, s'ouvre et laisse couler un liquide crémeux peu abondant.

Actuellement, à la face palmaire du pouce droit, à la partie supérieure de la première phalange, tumeur de la grosseur d'une noix. L'épiderme est épaissi à l'entour. La tumeur est ronde, égale, élastique, douloureuse à la pression, mobile sur les parties profondes.

Gêne très marquée des mouvements. Par une fistule, s'écoule une matière épaisse, blanchâtre, formée de cellules épidermiques cornées, de pus et de cholestérine. Enucléation, quelques adhérences à la peau et à la gaîne des fléchisseurs.

La paroi se compose de deux zones : l'extérieure, conjonctive de nouvelle formation, l'interne constituée par des cellules fusiformes, transparentes, accolées, sans noyau. Vers la surface interne, dégénérescence graisseuse.

Observation XIII

Gross, 1883 (thèse de Micault).

O. J..., 37 ans, repousseur en cuivre. Entré le 4 janvier 1883. Il y a six ans, blessure avec une pointe en cuivre. A l'endroit même, apparaît, il y a dix-huit mois, une grosseur qui augmente peu à peu.

Etat actuel. — Sur la face palmaire de la deuxième phalange du médius gauche, tumeur sous-cutanée, du volume d'une petite bille, régulièrement ovoïde, élastique, sans adhérences profondes. La peau est normale, la pression un peu douloureuse. Gêne. Au sommet, petit pertuis par lequel le malade a exprimé, il y a quelques jours, un vermicelle analogue à du fromage blanc.

Extirpation. Guérison.

La tumeur est blanchâtre et entourée d'une mince couche de tissu conjonctif rougeâtre.

Elle est formée de trois lamelles concentriques et d'une cavité centrale contenant une matière caséeuse. Epaisseur des parois : un millimètre à un millimètre et demi. Le contenu est formé de cellules cornées, de granulations graisseuses, de cholestérine.

La paroi est formée d'une substance dense à stries parallèles. La potasse fait apparaître des cellules transparentes dans la partie moyenne; quelques noyaux paraissent avoir subi la dégénérescence colloïde. Au niveau du pertuis, les couches de l'épiderme se terminent en pointe émoussée, mais de cette couche profonde part un prolongement très mince formant une zone de Malpighi qui s'épaissit un peu en s'éloignant de l'épiderme. Au niveau du pertuis,

la couche tout à fait superficielle de l'épiderme s'amincit et passe d'un bord à l'autre, de façon à constituer là une paroi exclusivement cornée, lamellaire (examen de Baraban).

Observation XIV

Polaillon, 1884.

X..., ouvrier en instruments de chirurgie. Il y a deux ans, apparition à la base de la première phalange de l'index droit, face palmaire, d'une petite tumeur douloureuse par accès. Actuellement, elle est grosse comme une amande, sous-cutanée, un peu adhérente à la peau; semble indépendante du tendon et de sa gaine. Sensation d'un ganglion, mais tension moindre. Extirpation.

Paroi de quelques millimètres, contenu blanchâtre analogue à de la cire molle.

Au microscope, une couche externe de tissu fibreux serré revêtu d'un épithélium pavimenteux stratifié où l'on reconnaît parfaitement le *corps de Malpighi* (cinq ou six rangs de cellules), le *stratum granulosum* et le *stratum corneum*.

Observation XV

Heydenreich, thèse Lalitte, 1885.

F... S., 36 ans, ajusteur. Il y a 10 mois, en pressant son marteau, sensation de forte piqûre au doigt. Cette douleur passagère reparaît par la pression. Un mois après, remarque une tuméfaction qui grossit peu à peu. Il y a 2 mois, une deuxième tumeur à côté de la première apparaît et s'accroît plus rapidement.

Etat actuel : Tuméfaction des faces palmaire et latérale interne de la deuxième phalange de l'index droit. Peau tendue, amincie et rouge. Au milieu de la face palmaire, tumeur de 1 centimètre d'élévation sur 2 centimètres de long et 1 cent. 5 de large, résistance élastique, adhérence au derme, mobilité sur les plans profonds. Seconde tumeur à la face latérale : 1 centimètre de haut sur 3 centimètres de long et 2 centimètres de large, mobile sur ces plans profonds, adhé-

rence au derme; molle, presque fluctuante. Douleur à la pression, sensation d'un liquide épais, grumeleux qui passe avec crépitation de l'une de ces tumeurs dans l'autre par pressions alternatives.

Diagnostic : kyste dermoïde.

Extirpation; rupture de l'une des poches et issue d'un liquide épais et grumeleux. Réunion par seconde intention. Trois mois plus tard, exzéma de la main et du bras, puis des jambes.

Examen de la tumeur (Baraban) : Une partie sphérique couverte à sa surface interne de squames, à la surface externe de tissu conjonctif lâche, et un prolongement à cavité presque virtuelle, à paroi molle.

Le contenu est formé de cellules cornées, dont certaines sont en voie de transformation colloïde, de cristaux de cholestérine, et de quelques globules de pus.

Paroi : couche externe de tissu conjonctif.

Couche interne : une zone de 65 μ formée par un corps de Malpighi, dont les dernières rangées contiennent des granulations d'éléidine; une zone interne de 850 μ formée de cellules cornées.

Dans le point où les deux poches communiquent, la disposition épidermique est analogue, mais le tissu conjonctif se dispose en véritable corps papillaire, les papilles étant de forme variable avec un seul vaisseau pour la plupart. On trouve quelques corps ovoïdes rappelant les corpuscules du tact. Dans le tissu conjonctif feutré sous-jacent, traces d'inflammation. Dans les couches les plus superficielles, glandes sudoripares aplaties, étalées. Çà et là, groupes cellulaires, disposés en traînées parallèles à la surface du kyste, ressemblant à des tubes glandulaires en voie d'atrophie, mais difficiles à distinguer de vaisseaux légèrement enflammés. Les plus nets sont situés à la partie périphérique. Pas de canaux excréteurs.

Le prolongement du kyste présente une paroi très irrégulièrement formée de tissu conjonctif enflammé; dans quelques points seulement, on trouve des cellules épithéliales à la surface en disposition épidermique

Observation XVI

Kirmisson (thèse de Lalitte).

Homme de 50 ans environ. Petite tumeur au niveau de la deuxième phalange du médius gauche adhérente à la peau, mobile sur les plans profonds, non transparente. Diagnostic : fibrome. Extirpation. Le malade portait une petite tumeur dans la région parotidienne gauche.

Examen de la tumeur (Valude) : Contenu : Cellules épithéliales cornées, graisse.

Paroi : De dedans en dehors : 1° couche épaisse, dure, formée de cellules cornées ; 2° corps muqueux de Malpighi (5 ou 6 rangs), les plus internes de ces cellules contiennent de l'éléidine ; 3° tissu conjonctif assez épais sans papilles ; 4° couche de tissu fibreux dense, formant une capsule résistante.

Observation XVII

Villar, 1885.

D. A..., menuisier, entré dans le service de Richet le 11 décembre 1885.

En 1877, la main du malade a été prise dans un engrenage ; plaies superficielles. Il y a deux ans, découvre une petite tnmeur qui augmente graduellement. Elancements douloureux le long du bord cubital du bras. La tumeur s'est accrue surtout il y a huit mois.

Etat actuel : Deux tumeurs, l'une à la face palmaire de la racine de l'auriculaire gauche, plus près de la commissure que du bord interne, grosse comme une aveline ; l'autre plus petite, allongée (haricot) siège dans la partie de la commissure qui répond à la face externe de l'auriculaire. Consistance élastique, mobilité sur les plans profonds. Epaississement de la peau sur la tumeur palmaire. Diagnostic incertain. Extirpation en décembre 1885. On trouve des adhérences à la gaine des fléchisseurs. La tumeur est ouverte et donne issue à une matière blanchâtre analogue au sébum. Guérison en quatre jours.

Paroi formée de tissu conjonctif. Il n'y a pas de revêtement épithélial, ce qui serait dû à ce que la pièce a été examinée trop tard et qu'elle a séjourné trop longtemps dans l'alcool.

Observation XVIII

Guermonprez, 1886.

Dub. A..., 21 ans, forgeron.

Grosseur située à la face palmaire, phalange unguéale de l'index gauche. Début il y a quatre ou cinq mois sans cause. Accroissement. Gêne et sensibilité à la pression. Légère teinte rosée de la peau. Pas d'adhérences aux plans profonds. Pas de transparence. Quelques connexions avec la peau. Pas de transparence. Consistance dure, rénitence sans fluctuation. Incision sur la demande du malade qui ne veut pas autre chose ; issue d'une matière grasse, blanche.

Huit jours après, panaris à la suite d'un coup. Au milieu du pus, issue d'un petit corps sphérique gros comme une petite cerise. La tumeur se reproduit quelque temps après et alors est extirpée.

Examen par Toison : Contenu : Cellules cornées ; ni graisse ni cholestérine (pièce conservée à l'alcool).

Paroi : Structure de l'épiderme cutané. Les cellules basales sont cubiques. Pas de couches conjonctives, pas de traces d'espaces interpapillaires.

Observation XIX

Poulet, 1886.

X..., cavalier de remonte. Entré en novembre 1885.

Tumeur de la grosseur d'une noisette, arrondie, ferme, élastique, rénitente, située au centre de la main droite, sur le trajet de l'arcade palmaire superficielle. Paraît adhérente à la peau et à l'aponévrose, mais non aux tendons ou à leurs gaines. A son niveau, petite tache lisse semblable à une cicatrice.

Il y a un an, X... s'est enfoncé un clou dans la main.

Diagnostic : Kyste dermoïde. Extirpation. La tumeur s'est ouverte.

Il en sort de la matière sébacée. Il existait un petit prolongement sous-aponévrotique.

Examen. Contenu : Cellules épidermiques cornées.

Paroi : 1° une couche de tissu conjonctif feutré d'épaisseur uniforme.

2° Couche formée par un corps muqueux de Malpighi (quatre ou cinq rangs de cellules), avec granulations d'éléidine dans les plis internes. Pas de festons, mais deux éperons saillants.

3° Couche cornée épaisse.

Observation XX

Barker, 1886.

Jeune homme. Amputation de la dernière phalange du médius droit. Quelques années plus tard, dans la cicatrice, tumeur de la grosseur d'une cerise. Extirpation. Paroi fibreuse doublée d'une couche épithéliale. Contenu blanc, épais, constitué de cellules épithéliales, de graisse, de cholestérine.

Observation XXI

Reverdin, 1887.

M. F..., maréchal, 48 ans, février 1886, sur la face dorsale au pouce gauche, juste au niveau de l'articulation, mais la débordant en avant, petite tumeur arrondie, du volume d'une cerise, soulevant la peau qui est restée normale. La consistance est élastique, assez dure, mais paraissant fluctuante. Pas d'adhérences ni à la peau ni aux parties profondes; mobilité cependant peu étendue. Pression un peu douloureuse sans irradiations.

Il y a deux ans et demi, M... s'est donné, au niveau de la lésion actuelle, un coup de marteau dont il est résulté une plaie contuse transversale. Le gonflement n'a jamais nettement disparu et l'accroissement de la tumeur est plus rapide depuis quelque temps.

Diagnostic pas très clair. Kyste synovial ou fibrome.

Pendant l'opération (26 février 1886), ouverture de la poche et issue de matière blanc jaunâtre grumeleuse. Guérison en dix jours.

Examen histologique (Mayor A.) : A. Paroi conjonctive formée de trousseaux de fibres assez consistants, assez serrés, tantôt parallèles, tantôt entrecroisés. Cellules rares, vaisseaux rares également à tunique simple. Quelques fibres élastiques tout à fait à la périphérie. A la périphérie, on rencontre également quelques débris de glandes sudoripares.

B. Couche d'épithélium composée des divers éléments que l'on trouve dans l'épiderme.

Observation XXII

F. Villar, 1887.

M... (Louis), ouvrier, 49 ans, diabétique. Le 23 mars, se présente pour une tumeur à la main.

Grosseur située au devant de la tête du quatrième métacarpien du côté gauche. La tumeur se confond avec les deux saillies adipeuses situées à cet endroit. Elle a le volume d'une amande. La peau est épaissie, adhérente. Mobilité sur les parties profondes, consistance élastique.

Après l'incision, la tumeur a un aspect bilobé sur sa face profonde. A l'ouverture du kyste, issue d'une matière épaisse, blanchâtre.

Examen histologique (Darrier). — Peau normale, entre la tumeur et la peau, tissu conjonctif lâche.

Paroi (de dedans en dehors) : 1° Couche très épaisse d'épiderme corné; les cellules les plus internes, chargées de graisse, tombent dans le kyste; 2° couche homogène réfringente, colorée en jaune par le picro-carmin, représentant le stratum lucidum. Gouttelettes d'éléidine; 3° couche mince de cellules aplaties, représentant le corps muqueux de Malpighi; 4° couche de tissu conjonctif très dense avec cellules plates et réseau très riche de fibres élastiques.

La paroi est enveloppée de nombreuses couches stratifiées de tissu conjonctif dense.

Observation XXIII

Villar, 1887.

Mme K..., 78 ans, travaux de terre et soins du ménage. Pas de traumatisme antérieur.

Il y a deux ans, constate une petite tumeur qu'elle prend pour un durillon. Augmentation de volume progressive, sans troubles.

Actuellement, à la face palmaire de l'index gauche, empiétant légèrement sur la face interne, tumeur du volume d'une amande, occupant l'étendue de la deuxième phalange. Consistance élastique, forme irrégulière ; on sent deux bosselures dont l'inférieure est plus petite, plus arrondie, plus dure. Peau épaisse et adhérente ; mobilité sur les plans profonds. Extirpation facile.

Nous retirons une petite poche divisée en deux logettes par un diaphragme présentant le même aspect que la poche. Le contenu est une matière grisâtre, analogue à la matière sébacée.

Examen histologique (Ferré, professeur agrégé à Bordeaux) : Masse kystique de 2 centimètres de long, ouverte dans les deux tiers de sa longueur, surmontée au-dessus de cette ouverture par un épaississement de nature épidermique. L'épaisseur de la paroi va en augmentant de la partie fermée à la partie ouverte ; d'une façon générale, la partie fermée ne possède pas de revêtement épithélial.

I. Cette portion présente deux parties bien distinctes : l'une externe, formée par du tissu conjonctif dense à faisceaux parallèles à la paroi du kyste. Eléments cellulaires aplatis à même direction. Très peu de vaisseaux. La partie interne est formée de faisceaux conjonctifs beaucoup moins dense avec tous les stades de la dégénérescence granulo-graisseuse ; on trouve même des gouttelettes de graisse. A la partie la plus interne, sorte de saillies de tissu conjonctif dégénéré s'avançant dans la cavité. Dans les points voisins de l'ouverture, ces saillies disparaissent, et l'on voit apparaître en dedans de la couche dégénérée du tissu conjonctif lamellaire à direction parallèle à la paroi ; on voit quelques-unes de ces lamelles tomber dans la cavité.

II. L'autre portion se compose de deux parties. Une partie con-

jonctive avec trois couches : une couche externe dense, une couche moyenne en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, une couche interne dont le bord interne presque lisse présente par places de très petites papilles. Pas de glandes. Un revêtement épithélial semblable à l'épiderme. Les cellules de la couche cornée semblent avoir toutes des noyaux. Pas de cellules épithéliales subissant la dégénérescence sébacée. Pas de sections de tubes glandulaires, les points que l'on aurait pu prendre pour ces orifices ne sont que des coupes de papilles très fines.

Le contenu n'a pas été examiné.

Observation XXIV

Jonnesco, 1888.

D..., 40 ans, distillateur, manie fréquemment la spatule avec la main gauche dont la paume a été le siège de petites plaies. Il y a deux ans, début d'une tumeur.

Au niveau de la tête du 4e métacarpien, tumeur arrondie du volume d'une cerise, élastique, dure, non fluctuante, adhérente à la peau, paraissant faire corps avec l'aponévrose, mais assez mobile sur les plans profonds. Tuffier porte le diagnostic de kyste dermoïde acquis, probable. Pas de douleur, un peu de gêne. Extirpation facile d'un corps arrondi blanc jaunâtre.

Examen histologique (Toupet) : Caractères extérieurs d'un kyste sébacé, avec plus de dureté. Coque de 2 millimètres d'épaisseur.

Contenu : Mastic, grumeleux.

Paroi : En dedans, une couche épithéliale pavimenteuse avec tous les caractères de l'épiderme, reposant sur un tissu conjonctif dense.

Contenu : Lames épidermiques. Pas de cellules claires, réfringentes, comme dans les kystes sébacés. Pas de graisse. Pas de cholestérine.

Observation XXV

Verchère, 1889.

F..., 75 ans, cordonnier.

Tumeur de la pulpe du pouce. Fluctuation superficielle. Pas de douleur. Pas de rougeur. Cette tumeur a débuté il y a trois ans, et deux années auparavant, F... avait eu un panaris à la suite d'une blessure faite avec son alène.

Extirpation après ponction.

Poche sphérique du volume d'une cerise. Parois épaisses de cinq dixièmes de millimètre, rigides. Couleur de la surface interne : blanc jaunâtre. La surface externe est lisse et régulière. Les parois se cassent facilement. Le contenu est de la matière sébacée.

Examen histologique (Darier) : 1° Couche fibreuse enveloppante, séparée des couches épithéliales par une membrane-base très mince. Pas de papilles.

2° Revêtement épidermique dont la couche cornée est cinq ou six fois plus épaisse que l'ensemble des autres.

Dans cette couche cornée, notable proportion de graisse.

Observation XXVI

Reverdin, 1889.

Julie D..., 78 ans, ménagère. Entrée à l'hôpital le 13 janvier 1889.

Blessure avec une serpe sur le bord interne du métacarpe, à la partie moyenne du métacarpien de la main gauche (juin 1888).

Six mois après, se développe sous la cicatrice une petite tumeur qui, actuellement, a la grosseur d'un pois. Elle est arrondie, mobile sur les plans profonds, adhérente à la peau, indolore spontanément. La peau paraît amincie à son sommet qui présente une coloration jaunâtre par transparence. Fluctuation au centre.

La tumeur paraît se prolonger sur la partie palmaire. Diagnostic (Maillard). Kyste épidermique.

Pendant l'extirpation, ouverture de la poche qui laisse échapper

un ruban de matière blanchâtre. La tumeur sphérique est blanc jaunâtre; il n'y avait pas d'adhérences à la peau.

Examen microscopique : Pas d'enveloppe conjonctive.

Trois couches principales dans le revêtement épidermique :

a) Corps muqueux de Malpighi (cellules cubiques ou polygonales). Dans les plus profondes de ces cellules, on trouve fréquemment de petites vacuoles. Eléidine dans les plus superficielles.

b) Couche cornée.

c) Vient ensuite une masse de cadavres cellulaires qui, par sa désagrégation, fournira le contenu; ni graisse, ni cristaux.

Observation XXVII

Masse, 1889 (Thèse de Labougle).

Homme de 50 ans, négociant. A la face palmaire du médius droit, tumeur ayant débuté il y a quatre ans, sans adhérences ni à la peau, ni aux parties sous-jacentes. Pas de douleur. Extirpation. La tumeur était semblable à un kyste sébacé. Le contenu était composé de cellules épithéliales cornées, de graisse, de cholestérine.

Observation XXVIII

Dubourg-Labougle, 1889.

P. F..., 52 ans, employé au chemin de fer. Il y a trois ans, s'est enfoncé dans la main un morceau de bois. Un an après, à l'endroit même de la blessure, à l'éminence thénar de la main droite, se développe une tumeur qui s'accroît peu à peu.

Le 5 mars 1889 : Tumeur du volume d'une noisette, rénitente, indolore, mobile sur les tissus sous-jacents, ne participant pas aux mouvements des doigts. La peau, légèrement violacée, glisse librement sur elle. Pas de ganglions axillaires.

Diagnostic : Kyste autour d'un corps étranger. Extirpation. Poche mollasse sous-cutanée. A la ponction, issue de matière analogue au sébum, striée de sang.

Examen de la tumeur : Forme ovoïde, face externe légèrement

chagrinée, surface interne lisse. Grand diamètre, 1 cent. 4; petit diamètre, 0 cent. 8. L'épaisseur de la paroi est de 6 à 7 dixièmes de millimètres. Pas d'arborisation vasculaires à la surface externe.

Examen microscopique : Coupe 1 : Partie de la paroi externe conjonctive avec par endroits des lacunes comblées par des globules rouges déformés et empilés, et par des amas de granulations très fines particulièrement situées aux extrémités. Les parois montrent une striation jaune et rouge, les parties rouges sont des fibres conjonctives typiques, les jaunes sont de nature conjonctive aussi mais commençant un stade de dégénérescence. Cellules conjonctives très allongées en certains points. Granulations très réfringentes, probablement graisseuses.

En un point assez limité, zone épithéliale formée des éléments de l'épiderme. Pas de papilles, pas de glandes, pas de terminaisons nerveuses.

Coupe 2 : Même disposition à peu près.

Coupe 3 : Des fibres de tissu conjonctif passent au devant de la couche épithéliale qui semble diminuer d'étendue.

Coupe 4 : Paroi de nature conjonctive. Pas d'élément épithélial, sauf quelques cellules qui semblent détachées. Dans l'une d'elles quelques granulations.

Coupe 5 (partie inférieure du kyste) : Paroi uniquement conjonctive.

Coupe 6 (milieu du kyste) : Fibres conjonctives très nettes, mais pas d'épiderme.

Coupe 7 : Rien de particulier.

Coupes 8 et 9 : Réaction à l'acide osmique. Les granulations situées à la face interne dans les lacunes, ont pris une coloration noire. On trouve des globules rouges.

A un fort grossissement (obj. 7 Leitz), on reconnaît quelques cellules aplaties sans noyau à contours peu réguliers, chargées de granulations noires analogues à celle que l'on trouve dans le contenu des kystes sébacés.

Le contenu est formé d'un détritus granulo-graisseux, de globules rouges et de petites gouttelettes huileuses quelques fibres conjonctives non dégénérées. L'acide osmique a montré la nature graisseuse

du contenu et quelques cellules épithéliales en voie de dégénérescence. Pas de cristaux de cholestérine.

Observation XXIX

Weil, 1890.

Batelier de 65 ans. Tumeur développée à la face palmaire de la main au niveau de la tête des quatrième et cinquième métacarpiens. Elle avait d'abord augmenté graduellement, puis était restée stationnaire. Pendant ces derniers jours, à la suite d'un travail pénible, la tumeur s'accroît de nouveau et devient douloureuse. Adhérences par places à la peau mais non aux parties profondes. Extirpation.

C'est un kyste rempli d'épithélium corné, de sels calcaires, de cholestérine. La paroi a la structure de l'épiderme.

Observation XXX

Frank, 1890.

M..., 40 ans. En avril 1887, remarqua un petit tubercule douloureux à l'éminence thénar de sa main droite. Un autre tubercule se développa bientôt après, à côté du premier. La peau n'est pas enflammée. Dans les antécédents, on trouve un traumatisme sans plaie de la région. Extirpation des deux tumeurs, pas de récidive. L'examen histologique montre que ces tumeurs étaient des kystes épidermiques typiques. Dans la coque fibreuse, on trouve nombre de petits vaisseaux, des fibres élastiques. Le centre de la tumeur était occupé par des lamelles cornées séparées par des fentes dans lesquelles se trouvaient un liquide et quelques cellules isolées. Quelques corpuscules de chaux. On trouve au pôle de la tumeur quelques petites papilles conjonctives qui pénètrent dans l'épithélium. En certains points, la tumeur est en voie de dégénérescence carcinomateuse.

Observation XXXI

Kummer, 1891.

En septembre 1887, Mme G..., 35 ans, s'enfonce une aiguille dans le quatrième doigt gauche; une partie de l'aiguille reste dans les chairs.

Depuis un mois environ apparition d'une petite bosse douloureuse au niveau de la piqûre.

Etat actuel (septembre 1890) : Sur le bord externe de la dernière articulation du quatrième doigt de la main gauche, tumeur du volume d'un pois. Peau normale sans adhérences. La tumeur a une consistance solide, dure dans le diamètre transversal. Mobilité sur les plans profonds. Douleur assez forte à la pression. Extirpation. La peau avait quelques adhérences très lâches avec la tumeur qui était plus intimement unie avec la gaine tendineuse, à tel point que l'articulation a été ouverte pendant la dissection. La pointe de l'aiguille que l'on sent dans la tumeur dépasse celle-ci dans sa partie profonde.

Examen histologique (H. Cristiani) : Pièce un peu plus longue que large, quatre millimètres sur un peu moins de quatre millimètres. Forme d'une poire à queue formée par la pointe de l'aiguille.

Le centre est formé par une cavité contenant l'aiguille rouillée et amincie, mais ne paraissant pas contenir autre chose.

A un faible grossissement, la paroi se montre formée de trois couches :

1° Couche externe conjonctive (lames concentriques, serrées, très denses).

2° Couche interne; cellules épithéliales prismatiques et cubiques formant un épithélium stratifié.

3° Couche intermédiaire aux deux précédentes qui représenterait le derme de la muqueuse, si derme il y avait.

A un plus fort grossissement, la couche épithéliale est formée de cellules prismatiques stratifiées. Les cellules n'ont aucune tendance à s'aplatir ou à subir de dégénérescence cornée ou muqueuse; elles ont la même apparence dans les parties superficielles ou profondes.

Pas de *basement-membrane*. A un endroit, il n'y a pas de revêtement épithélial continu et le tissu de la couche moyenne prend un aspect villeux (faisceaux conjonctifs très jeunes).

Dans la couche moyenne, pigmentation jaune brunâtre (probablement rouille), formant parfois des blocs qui obstruent les vaisseaux.

Dans les travées conjonctives, nombreux vaisseaux, soit développés, soit embryonnaires. Groupes cellulaires représentant des acini glandulaires.

Observation XXXII

Lacroix, 1891.

Meunier, 42 ans (service Polosson). Sur le bord externe de l'index gauche, tumeur oblongue, grosse comme une cerise, très dure, indolente, indépendante des tendons et des plans profonds; libre du tégument, le néoplasme avait débuté spontanément un an et demi auparavant. Diagnostic : fibrome. Extirpation. Petit kyste à paroi blanc nacré, très tendue, remplie de produits de desquamation cornée.

Observation XXXIII

Stabb, 1891.

Forgeron âgé de 30 ans. Piqûre du doigt avec un clou rouillé. Il se forma à l'endroit même, un peu plus tard, une petite tumeur adhérente à la peau et au tendon sous-jacent. Après l'extirpation, il y eut une récidive.

Paroi de nature exclusivement épidermique. Contenu formé de cellules cornées.

Observation XXXIV

Stabb, 1891.

Charretier âgé de 20 ans. Tumeur du doigt sans adhérences, ni à la peau ni aux parties sous-jacentes. Quatre mois auparavant, déchirure du doigt. Extirpation.

Le kyste était entièrement formé d'épiderme.

Observation XXXV

Kummer, 1892.

P... (J.), pêcheur, 52 ans. Au milieu du creux palmaire de la main gauche, tumeur grosse comme un œuf de pigeon, sphérique; peau normale, un peu amincie cependant. Surface lisse, régulière, consistance solide, élastique. Pas de douleur à la pression. Immobile dans les mouvements des doigts. En avant de la tumeur, deux traînées longitudinales vers le quatrième et le cinquième doigts. En ramant, le malade a la sensation d'un « paquet d'aiguilles ».

Début il y a quatre ans. Il y a trois ans (la tumeur avait le volume d'un pois), incision par le malade et issue d'un liquide clair et transparent.

Extirpation. Tumeur bleuâtre, régulièrement arrondie, d'un diamètre moyen de 19 millimètres. Surface lisse, taches rougeâtres formées de minces pellicules détachables à la pince. Sous ces taches, la surface est brillante, formant des sortes de petites bosses d'un millimètre. A la coupe, épaisseur de la paroi d'un tiers de millimètre (couleur brunâtre). Une cavité remplie de minces feuillets blancs, luisants, disposés en couches concentriques. Au centre, quelques grumeaux blanchâtres. La surface interne est lisse et luisante; la paroi est transparente et a la consistance d'un ongle un peu ramolli.

Pas d'adhérences à la peau.

Examen microscopique : Contenu : Grand nombre de cristaux en aiguille (probablement graisse). Pas de cholestérine. Cellules épithéliales cornifiées.

Paroi : Coloration difficile (hématoxyline et picrocarmin).

a) Couche externe : Fibres conjonctives et petits noyaux pas très nombreux à direction générale parallèle à la surface. Epaisseur 1/2 ou 1/3 de la couche moyenne.

b) Couche moyenne : Couche stratifiée de cellules épithéliales polyédriques avec noyaux ronds ou allongés possédant parfois un nucléole. Eléidine.

c) Couche interne : Dessin de lignes très fines sans noyaux, parallèles à la surface du kyste. Très réfringente, n'absorbe pas la matière colorante.

Observation XXXVI

Audry et Lacroix, 1892.

Août 1891 : Jeune religieux, 20 ans.

Petite tumeur à l'extrémité du pouce droit, face palmaire, à côté de la rigole unguéale. 18 mois auparavant, piqûre profonde avec une aiguille. Début du nodule il y a 6 mois. Actuellement, grosseur d'une tête d'épingle en verre, dur, tendu, indolent, sous-cutané. Diagnostic : kyste épidermique traumatique. Extirpation (Sabatier). Peau normale.

La tumeur se compose : 1° d'une couche de tissu fibreux adulte continu ; 2° d'un corps de Malpighi à trois ou cinq rangs de cellules dont les noyaux sont dirigés dans le sens de l'équateur. Eléidine. Pas de filaments unitifs ; 3° une couche cornée, feuilletée.

Le *contenu* est formé de débris feuilletés, écailleux, non kératinisés.

Observation XXXVII

Audry et Lacroix, 1892.

Ouvrier de 40 ans. Il y a plusieurs mois, chute sur la main. Tumeur à signes classiques, du volume d'une petite amande au centre de l'éminence thénar. Extirpation (Jaboulay).

Examen : Couche de tissu fibreux avec, à la périphérie, quelques capillaires entourés d'une mince zone d'éléments embryonnaires.

Une couche épidermique qui, dans un de ses points, est séparée de la couche fibreuse par un tissu conjonctif moins dense : les faisceaux y sont disloqués, fragmentés. Dans leurs intervalles, éléments disparates, blocs amorphes (débris de desquamation épidermique), amas de globules rouges (hémorragies interstitielles). Ça et là quelques *grosses cellules à noyaux multiples* ou volumineux, riches en chromatine.

Dans le contenu, quelques strates d'épithélium malpighien, irrégulièrement agencées et une deuxième zone formée d'une substance tantôt homogène, tantôt feuilletée. Ce sont des couches de cellules mortes agglutinées, mais n'ayant pas subi la kératinisation ordinaire.

Observation XXXVIII

R. Johnson, 1892.

Enfant de dix ans. Tumeur douloureuse d'un centimètre de diamètre environ, à l'éminence thénar de la main gauche. Trois ans auparavant, plaie pénétrante de cette région.

Parois du kyste composées de plusieurs couches de cellules, tapissées par de l'épithélium corné; la cavité renfermait des cellules épithéliales et des débris granuleux.

Observations XXXIX, XL et XLI

Péraire, 1892.

I. Ch. C..., cordonnier, 42 ans. Consultation le 17 novembre 1891. A la face palmaire du médius droit, deuxième phalange, grosseur du volume d'une petite noix, dure, élastique, semi-fluctuante. Adhérente à la peau, assez mobile sur les plans profonds.

Pas de douleur. Début il y a dix-huit mois; la tumeur avait alors le volume d'un pois. Diagnostic : Kyste épidermique.

Extirpation. Corps arrondi blanc nacré, issue d'un mastic très blanc, grumeleux.

II. G. E..., terrassier, 38 ans (2 avril 1892). Au-dessous de l'annulaire droit, face palmaire, tumeur qui, depuis deux ans, a le volume d'une noix, arrondie, sans fluctuation, assez dure, élastique. Adhérence à la peau, mobilité sur les tendons. Pression indolore. Début il y a quatre ans et demi. Diagnostic : Kyste épidermique. Extirpation. Tumeur arrondie, paroi élastique, contenant un mastic blanc.

III. Jean F..., 35 ans, typographe. Tumeur de la pulpe du médius gauche, doigt qui reçoit souvent des coups de marteaux. En 1881, piqûre avec un poinçon. En 1882, tumeur grosse comme un pois. En 1892, son volume était celui d'une noisette.

Le malade pratique une incision, mais la tumeur, après s'être vidée, augmente de nouveau. Le 12 juin, douleur, peau amincie, nouvelle incision. Le diagnostic de kyste dermoïde est porté par le Dr Broca, le 17 juin. Ablation par Péraire.

Examen histologique des trois tumeurs (Lieffring) : 1° Couche conjonctive séparée des couches suivantes par un mince tractus de substance amorphe ; 2° Couche de Malpighi d'épaisseur variable ; 3° Couche kératinisée ne présentant aucune structure cellulaire, plus ou moins désagrégée.

En certains points, éléidine.

Le contenu est uniquement formé de débris de lames épidermiques.

A certains endroits, foyers hémorragiques entre la paroi et le contenu.

A un plus fort grossissement, on reconnaît nettement les diverses couches de l'épiderme normal.

Observation XLII

Labougle, 1893.

F..., 23 ans, soldat (juillet 1892).

Au mois de mai 1891, écharde à l'extrémité de l'index droit. Abcès, incision. Un mois et demi plus tard, petite tumeur du volume d'un pois sous l'incision.

Actuellement, tumeur grosse comme une noisette, résistante, sans bosselures, mobile sur les parties profondes, sans adhérence à la peau. Depuis deux mois, stationnaire.

Diagnostic : kyste épidermique. Extirpation.

Forme ovoïde 1 cent. 5 sur 8 millimètres, consistance mollasse. Paroi grise sur la face interne, lamelles se détachant facilement. Contenu analogue à de la matière sébacé.

Au microscope : Paroi : *a*) tissu conjonctif ondulé ; *b*) couche épithéliale en tout semblable à l'épiderme, la couche cornée y est très épaisse ; à la partie externe de cette couche, quelques granulations de graisse, qui remplissent complètement la cellule à la partie interne.

Contenu : Cellules cornées à dégénérescence granulo-graisseuse. Pas de cholestérine.

Observation XLIII

René Le Fort (aide-major) 1894.

H... S., 23 ans, artilleur. Tumeur grosse comme une petite noisette siégeant sur le bord interne de l'index droit. Dure, résistante, mobile sur les parties profondes, paraît adhérer au tégument. Gêne plutôt que douleur. A l'âge de 15 ans, déchirure par un clou, à l'endroit de la tumeur qui débuta 3 ans plus tard. Depuis 2 ou 3 mois, augmentation plus rapide. Diagnostic : kyste épidermique. Ablation.

Kyste oblong, adhérant fortement au tissu cellulaire et à la peau. Contenu analogue au sébum. Dureté presque cartilagineuse de la paroi.

Au microscope, le *contenu* est constitué par des cellules épidermiques, de la graisse, quelques cristaux de cholestérine.

Paroi. — D'épaisseur inégale ; constitution de l'épiderme, reposant sur une trame conjonctive. Çà et là, lacunes siégeant principalement à la partie profonde de la couche interne. Elles sont entourées de cellules embryonnaires et la plupart remplies de cellules glandulaires sudoripares ou sébacées.

Egalement, amas isolés de cellules glandulaires et embryonnaires. Plus rarement, colonies isolées de cellules muqueuses de Malpighi, entourées d'épithélium corné.

Pas de conduits excréteurs glandulaires. Vaisseaux dans la couche externe de la portion conjonctive. Deux esquisses de papilles très rudimentaires.

Observations XLIV, XLV et XLVI

Blumberg, 1894.

Blumberg a observé trois cas de kystes épidermiques, l'un à la pulpe du médius droit, l'autre à la pulpe du médius gauche et le troisième, dans l'espace compris entre les têtes des quatrième et cinquième métacarpiens de la main gauche.

Les deux premiers cas, pas d'étiologie. Dans le troisième, c'est un

médecin qui a fait une incision pour enlever un durillon, et avec ce dernier enlève un peu d'épiderme ; la tumeur a mis douze ans pour acquérir le volume d'un noyau de cerise.

Les trois tumeurs étaient formées d'une coque de tissu conjonctif avec des couches de cellules épidermiques.

Observation XLVII

Garré, 1894.

Mme X..., 32 ans. Plaie du bord cubital de la première phalange de l'auriculaire de la main droite (machine à hacher). Bientôt, sous la cicatrice, apparut une petite tumeur située au voisinage du tendon fléchisseur.

Cette petite masse, d'abord prise pour un ganglion, fut ponctionnée et donna issue à une masse gélatineuse, puis excisée.

Au microscope, kyste épithélial à cellules pavimenteuses, avec, dans la couche conjonctive et irrégulièrement disposées, des cellules rondes groupées ressemblant à des cellules sudoripares.

Observation XLVIII

Garré, 1894.

Professeur B..., 45 ans, se blesse à l'extrémité du troisième doigt de la main gauche. Il reste un peu de sensibilité. Au bout de quelques semaines, apparaît sous la peau une induration ayant la dimension d'un grain de chanvre.

Extirpation. A l'examen microscopique, cette petite tumeur arrondie présente tous les caractères d'un kyste épithélial (épithelcyst).

Observation XLIX

Péraire, 1895.

Paul L..., 25 ans, imprimeur.

Il y a sept ans, contusion avec petite fissure du médius par une

pierre lithographique. En janvier 1895, constatation d'une petite tumeur grosse comme un pois au-dessous du point traumatisé. Accroissement progressif. Il y a quelques jours, la tumeur avait le volume d'une noix.

Actuellement (26 mars 1895), grosseur d'une petite noisette, située à la face palmaire du médius, au niveau de la troisième phalange. Depuis quatre ou cinq jours, ulcération spontanée au centre, par laquelle s'est écoulé un mastic blanchâtre.

Autour de l'ulcération, qui est linéaire, l'épiderme est soulevé et laisse voir le derme rougeâtre. Pas d'engorgement ganglionnaire. Diagnostic : Kyste épidermique. Extirpation : Quelques adhérences.

Examen histologique (M. Marie) : Paroi formée d'un corps de Malpighi avec tous ses caractères normaux, mais qui est absent à certains endroits et qui présente parfois des sortes de clivages remplis de cellules cornées et de globules sanguins; d'une couche cornée très dense, deux fois plus épaisse que le corps muqueux.

Contenu : Cellules cornées, agencées parfois de manière à former de petites écailles ne prenant pas la matière colorante. Quelques minces tractus formés de stratifications cornées se détachent de la paroi et se perdent dans la cavité. En quelques points, globules rouges.

Observation L

Péraire, 1895.

M. D..., forgeron, 45 ans.

A la racine du pouce gauche, face palmaire, tumeur arrondie, régulière, grosse comme une noisette, dure et rénitente. Gêne plutôt que douleur.

A la surface, la peau a été le siège de fréquentes excoriations. Pas de cicatrices. Diagnostic : Kyste épidermique, probable. Extirpation. Ouverture du kyste, issue de substance blanc jaunâtre.

Examen microscopique (Henry Gaudier) : 1° Couche conjonctive séparée de la suivante par un mince tractus de substance amorphe; 2° Couche de cellules épidermiques d'épaisseur variable; 3° Couche kératinisée finement stratifiée. Pas de structure cellulaire. En certains points, éléidine.

Contenu : Lames épidermiques plus ou moins altérées provenant de la desquamation de la couche cornée.

A un fort grossissement, zones classiques de l'épiderme.

Foyers hémorragiques çà et là.

Observation LI

Desfosses et Blum, 1895.

A. B..., 35 ans.

A la face palmaire du médius, première phalange, un peu en dedans de la ligne médiane, tumeur dure, du volume d'une bille, mobile sur les parties profondes, très adhérente à la peau qui est normale. Il y a deux ans, morsure de chien. Ablation; le kyste avait un petit prolongement sur le côté interne.

Au microscope, on reconnaît une paroi ayant la structure parfaite de l'épiderme et reposant sur une coque fibreuse.

Observation LII

Desfosses et Blum, 1895.

Th., 36 ans, journalier. A la partie antéro-externe de la deuxième phalange du médius droit, tumeur ovalaire de volume d'une noisette, dure (consistance fibreuse), adhérente à la peau, mobile sur les parties profondes. Il y a quinze ou dix-huit ans, piqûre avec une aiguille; quelque temps après, la tumeur se développa au point lésé, douloureuse pendant le travail. Contenu d'apparence sébacé. Au microscope, cette tumeur est identique à la précédente.

Observation LIII

Sutton, 1895.

Tumeur de la pulpe du pouce chez un domestique de 18 ans. Dure, ovalaire, circonscrite, en connexion avec la peau, mobile sur les plans profonds. Accroissement progressif en trois ans. Gêne sans douleur. Ablation.

Examen microscopique : Kyste à paroi représentant la structure de la peau, cavité remplie d'un liquide contenant des cellules épithéliales.

Observation LIV

Briggs (E.-M.), 1895.

Homme, 42 ans. A la dernière phalange de l'index, face palmaire, tumeur volumineuse de forme irrégulière, tendue, fluctuante, un peu douloureuse à la pression. Pas de diagnostic. Extirpation difficile issue d'un liquide laiteux, contenant des particules d'apparence graisseuse.

Quelques jours plus tard, le malade raconte qu'il a eu le doigt écrasé en 1889. Depuis trois semaines, la tumeur avait augmenté de volume et était douloureuse.

D'après Witney, la néoformation était un kyste du volume d'une grosse cerise à surface externe lisse, à surface interne rugueuse et couverte de masses squameuses adhérentes. La paroi avait une consistance ferme. Au microscope, couche externe de cellules épithéliales se transformant successivement en squames lamelleuses, cornées.

Observation LV

Tikhoff, 1895.

Meunier de 35 ans.

A la troisième phalange du médius de la main gauche face palmaire tumeur grosse comme un pois, arrondie, sensible au toucher, assez dure, de consistance presque cartilagineuse. Peau normale. Début il y a trois mois sans cause apparente. Enucléation très facile.

Tumeur composée de deux portions, toutes deux lisses, l'une plus petite, sphériques, d'aspect brillant, blanches. Leurs cavités communiquent par un étroit canal.

La tumeur est formée par une coupe épithéliale (corps Malpighi, couche cornée). La cavité comprenant les trois quarts de la tumeur est remplie d'une masse molle formée par des faisceaux concentriques adhérents ou non aux parois, sans noyaux. Au centre, globe

rappelant les globes épidermiques. Pas d'acides gras. Les deux portions sont analogues.

Observation LVI

Tikhoff, 1896.

Ouvrier 26 ans. A la paume de la main droite, au niveau de la tête du quatrième métacarpien, tumeur arrondie, sous-cutanée, se déplaçant par les mouvements de la main. Il y a dix mois, piqûre. Enucléation.

Aspect extérieur blanc nacré, petit appendice du volume d'un grain de mil, très adhérent. Contenu : masse mollasse composée d'un grand nombre de squames brillantes et de quelques particules de couleur brun-rouille.

Au microscope, kyste épithélial classique avec stratum granulosum très marqué.

Observation LVII

Tikhoff, 1896.

Tumeur chez un homme de 20 ans siégeant à la main gauche au niveau de la base des quatrième et cinquième métacarpiens. Début il y a six mois après l'incision d'un abcès.

Tableau ordinaire d'un kyste épidermique, mais à la périphérie grand nombre de glomérules et de canaux de glandes sudoripares indépendants du kyste. A certains endroits, les cellules du stratum granulosum, très augmentées de volume, faisaient des saillies mamelonnées au centre de la tumeur. Couche cornée peu développée. Dans un endroit, globe épidermique.

Observation LVIII

Tikhoff, 1896.

Paysan 25 ans. A la première phalange du premier doigt gauche, face palmaire, dans l'épaisseur de la peau, tumeur allongée sans

adhérences profondes. Traumatisme il y a huit mois. Développement rapide pendant les deux premiers mois. Enucléation facile.

Au microscope, couche conjonctive externe et portion épidermique sans stratum lucidum. La couche cornée est constituée par des lames concentriques et ramollies vers le centre. Contenu : cellules épidermiques.

Observation LIX

Bohm, 1896.

Garçon de 8 ans qui, cinq ans auparavant, s'est piqué avec un clou à la paume de la main droite. Après la cicatrisation, on put sentir une petite grosseur du volume d'un pois, non douloureuse. Actuellement, la tumeur est plus grosse et douloureuse. Extirpation.

Paroi constituée par une série de cellules semblables à celles de la couche de Malpighi et une couche de cellules cornées.

Observation LX

Chavannaz, 1897.

Mlle D.., 57 ans. Il y a une quinzaine d'années, petite tuméfaction à la première phalange du médius droit, face palmaire. Elle avait la grosseur d'un gros pois, était dure et roulait sous la peau. Pas de gêne dans les mouvements. Cautérisation, par un pharmacien, au nitrate d'argent. Quelques jours après, Mlle D... avait, avec une épingle, pu en extraire une petite masse dure, blanchâtre, du volume d'un pois.

Six mois après, au même point, nouvelle tumeur qui a grossi très lentement. Actuellement, elle a le volume d'une olive; il n'y a pas de modifications du tégument. Sensation de fluctuation un peu obscure; pas d'adhérence, ni à la peau, ni aux tendons, ni au squelette. Pas de retentissement ganglionnaire ni de douleur. Rien à signaler dans les antécédents. Extirpation facile.

La tumeur est un kyste contenant quelques gouttes d'un liquide blanchâtre et visqueux. La paroi est épaisse, sa surface interne est unie et d'un blanc éclatant.

Au microscope : α. Une partie interne épidermique formée de plusieurs couches : 1° La plus périphérique est constituée d'une assise de cellules à noyaux fortement colorés et allongés, à orientation soit parallèle, soit perpendiculaire à la surface libre; 2° Au-dessous, couches de cellules allongées (plusieurs assises) à noyaux ovoïdes. Par places, entre les cellules dont les limites sont peu apparentes, espaces libres en forme de lignes blanches, mais pas de prolongements de Schultze; 3° Couche de cellules à noyaux peu apparents, à protoplasma infiltré de granulations kérato-hyalines plus ou moins abondantes. Le stratum lucidum est peu appréciable; 4° Zone interne peu colorée, d'aspect lamelleux et dont l'épaisseur est beaucoup plus considérable que celle de toutes les couches précédentes réunies.

β. Cette couche épithéliale repose en dehors sur une coque conjonctive à gros faisceaux tassés, avec des cellules à protoplasma peu abondant. Noyaux de formes diverses, mais surtout allongés. Vaisseaux à diamètre très restreint. A l'extrême limite externe, quelques glandes sudoripares et quelques lobules graisseux appartenant vraisemblablement à la peau du voisinage et non au kyste.

Observation LXI

Wörz, 1897.

M. W..., 25 ans. Tumeur arrondie, grosse comme une cerise, tendue, nettement fluctuante. Peau normale. Il y a un an et demi, panaris à la suite d'un coup de marteau. Enucléation. Parois de la tumeur : dures, blanches. Contenu : masse blanchâtre et liquide blanchâtre également.

Examen microscopique : Capsule conjonctive dure et pauvre en noyaux. En dehors, par places, anses vasculaires néoformées, disposées dans un tissu plus riche en granulations; ce dernier contient aussi quelques éléments épidermiques desquamés entourés de cellules géantes à noyaux multiples.

Deuxième couche d'épiderme : La couche cornée atteint par places une épaisseur de plusieurs millimètres.

Observation LXII

Chaput et Guillemot, 1898.

Face palmaire de la deuxième phalange du médius droit, tuméfaction; palpation douloureuse, sensation de rénitence, il semble qu'il y ait des fongosités. Peau normale, sauf sur un point plus particulièrement douloureux où elle est rouge, tendue, épaissie. Diagnostic hésitant entre *tuberculose de la gaine du fléchisseur* et *kyste épidermique* traumatique. A quatre ans, le malade avait eu le médius et l'index écrasés. Début de la tumeur, il y a deux ans. Extirpation (chloroforme). Tumeur sous-cutanée, sans adhérences au derme, volume d'un noyau de cerise, blanchâtre, contenu pateux analogue au sébum.

Examen histologique (Durante) : Paroi épidermique composée de trois couches : une couche moyenne composée de cellules de Malpighi, une couche externe, cornée, formée de cellules épidermiques et une couche interne formée de lames épidermiques.

Contenu : Lames épidermiques. La tumeur possédait un pédicule très grêle ayant la même structure.

C'est un kyste épidermique dont la couche malpighienne a proliféré sur ses deux faces.

Observation LXIII

Roelen, 1898.

Servante, 35 ans. Remarqua à la face palmaire de son annulaire gauche une petite grosseur qu'elle perça. Pas de souvenir d'un traumatisme. Il n'y eut pas d'écoulement à la piqûre, la tumeur continua à progresser.

Sur la première phalange, épaississement de la peau, sous lequel on sent un petit tubercule sans fluctuation avec une petite dépression au sommet.

Caractères histologiques ordinaires des kystes épidermiques. Sur la première coupe verticale, on n'a constaté aucune cavité. Sur la préparation on a vu dans la capsule fibreuse des cellules isolées à noyaux multiples.

Observations LXIV, LXV, LXVI, LXVII

Wegner, 1898.

I. Femme A... porte depuis longtemps sur la face palmaire au niveau de l'articulation de la deuxième et de la troisième phalanges du petit doigt gauche, une tumeur un peu douloureuse, de la dimension d'un noyau de cerise. Début peu de temps après la guérison d'une plaie suppurée survenue trois ans auparavant. Extirpation. Contenu : liquide clair.

II. Femme S. ., 20 ans, présente une petite tumeur douloureuse de l'éminence thénar gauche, volume d'un noyau de cerise. L'étiologie est probablement traumatique. Contenu : liquide clair.

III. H. P..., il y a deux ans, furoncle du médius de la main droite. Quelques semaines après la guérison, au niveau de la cicatrice, tumeur de la dimension d'une lentille, grosse actuellement comme une noix. Diagnostic : kyste épithélial (epithelcyst).

IV. W... présente une tumeur apparue à la suite d'un traumatisme, dans le creux de la main gauche au voisinage de l'index. Dimensions d'un noyau de cerise. Début il y a trois ans. Diagnostic : kyste épithélial.

L'examen histologique de ces quatre tumeurs, montra que leurs parois étaient formées de cellules épithéliales semblables aux éléments de l'épiderme normal et doublées sur la face externe, d'une capsule conjonctive.

Observation LXVIII

Gourari, 1899.

D..., employé des postes, 65 ans.

Sur la face antérieure de la deuxième phalange de l'annulaire gauche, débordant légèrement sur les faces latérales, occupant toute la hauteur de la phalange, petite tumeur du volume d'une dragée, ellipsoïde, régulière, légèrement mobile sur les parties profondes, indépendante du tendon fléchisseur et de sa gaine. Pas de douleur mais gêne.

Début il y a 8 mois. Diagnostic : kyste (?)

Extirpation : petite masse contenant une matière blanchâtre, pâteuse.

Examen histologique (Macaigne) : 1° Couche de tissu conjonctif en faisceaux minces ; 2° couche de Malpighi à cellules aplaties; 3° couche interne de cellules polygonales plates, dont le noyau ne se voit plus. Par places, ces cellules se réunissent pour former des feuillets à disposition concentrique.

Observation LXIX

Mintz, 1900.

B..., 33 ans. Il y a 2 ans, plaie du pouce par de la limaille de fer. A la suite de cette blessure, apparition d'une tumeur ayant son siège à l'endroit même de la plaie. Enucléation sans difficulté. Le contenu revêt un caractère farineux. Au microscope, paroi formée de cellules épidermiques avec coque fibreuse.

Observation LXX

Mintz, 1900.

A..., relieur, 28 ans; il y a 2 ans et demi, fut blessé dans le creux de la main droite. A l'endroit de la plaie, qui correspond au deuxième métacarpien, s'est développée une tumeur ayant les dimensions d'un grain de café. Extirpation sans difficulté. Caractères ordinaires des kystes épidermiques, à l'œil nu et microscopiquement.

Observations LXXI, LXXII

Wiemann, 1902.

I. Ouvrier présentant une tumeur au quatrième doigt de la main droite (face palmaire de la première phalange). Il y a 9 mois, main serrée et blessée par une poutre. Six mois après l'accident, le gonflement atteignait le volume d'une noisette. Pas de douleur, mais

grande gêne des mouvements. Peau légèrement amincie, au-dessus de la tumeur, qui paraît molle, fluctuante, adhérente à la peau, libre à sa face profonde. Ablation.

II. Ouvrier présentant dans le creux de la main, dans le prolongement du bord interne de l'index, une tumeur dont le début remonte à cinq mois, et paraît due à un coup de marteau. Forme et dimension d'un gros pois, sensation de tumeur solide. A la pression, violentes douleurs qui s'irradient vers l'index. La *radiographie* montre un corps métallique long de quatre ou cinq millimètres dans la tumeur. Extirpation.

L'examen microscopique de ces deux tumeurs qui contenaient une masse d'apparence sébacée montre une paroi formée de cellules épidermiques et d'une zone conjonctive. Contenu : cellules cornées.

Observation LXXIII

Edington (Geo.-E.), 1903.

Homme de 58 ans. Tumeur de la face palmaire du médium droit phalange médiane, datant de plusieurs années et ayant grossi progressivement. Un peu de douleur à la pression. Très gênante. Pas de traumatisme. Ablation. A l'examen microscopique, on trouva le contenu du kyste composé d'épithélium squameux avec des globules graisseux et des cristaux de cholestérine. La paroi du kyste était mince et formée de tissu fibreux en couches concentriques compactes. Il n'y avait pas de bord épithélial bien distinct, mais seulement un certain nombre de cellules d'épithélium squameux dans la paroi.

Observation LXXIV

Baudy, 1904.

Kyste siégeant à la face palmaire de l'index droit au niveau de la deuxième phalange ; sous-cutané, indépendant de la peau et des organes profonds. Extirpation très facile. Date et circonstances de son apparition imprécises. Le malade ne se rappelle pas s'être jamais

blessé à cet endroit. Depuis quelque temps, la petite tumeur semblait grossir et devenait gênante.

Ressemblance absolue à un kyste sébacé. Poche arrondie, régulière, assez résistante. Contenu blanchâtre analogue à du suif, pas de trace de poils.

Au microscope, de dehors en dedans, tissu cojonctif feutré, sans papilles, une zone de cellules épidermiques de Malpighi, une couche de cellules plus claires, granuleuses, lames cornées stratifiées se desquamant.

Observation LXXV

Bouchet (P.), 1904.

Sujet de 48 ans, fabricant de cannes. Kyste du médius droit, deuxième phalange, spontané en apparence. Il y a deux ans, au même point, kyste enlevé par le professeur Tillaux. Actuellement, tumeur indolore, assez tendue, un peu allongée située sur la face palmaire. Peau adhérente. Grosseur d'un haricot. Gêne.

Ablation, issue d'une matière blanchâtre, mais pas grasse.

Evamen histologique (Cornil) : D'un diamètre de un centimètre, cette tumeur kystique contenait une substance semi-liquide, diffluente, opaque. Elle était formée d'une paroi fibreuse, tapissée à sa face interne par un épithélium stratifié.

La paroi fibreuse à fibres parallèles sert de support à plusieurs couches de cellules de Malpighi engrenées entre elles comme les cellules normales du corps muqueux. Les cellules les plus superficielles de ce corps muqueux sont granuleuses (str. granulosum). Puis, viennent les cellules cornées, plates, en une quantité de couches superposées en forme de lames enkystées, avec des noyaux atrophiés. Ces cellules desquamées s'accumulent dans la cavité du kyste. Il n'y a ni cellules sébacées, ni glandes, ni poils, etc. Pas de vestiges de papilles même de plis sous le corps muqueux.

Observation LXXVI

Klar, 1904.

Jeune fille, 17 ans. A la paume de la main droite, tumeur ronde ayant les dimensions d'une grosse cerise. Extirpation. Elle contenai une substance analogue à celle que l'on rencontre dans l'athérome La tumeur s'était développée en trois ans à la suite d'une plaie de la main. L'examen histologique fit reconnaître l'existence d'un kyst épithélial avec grandes cellules épithéliales; dans la coque fibreuse ni papilles, ni éléments glandulaires.

Observations LXXVII, LXXVIII, LXXIX, LXXX

Klein, 1906.

I. Homme de 33 ans, présentant au petit doigt droit une tumeu ayant débuté il y a sept ans. Elle siège à la face palmaire de la deuxième phalange et augmente lentement : volume actuel d'un cerise. Peau normale, mais très tendue. La tumeur est lisse et molle Extirpation.

II. Jeune homme de 24 ans ; petite tumeur de la face palmaire d la deuxième phalange du médius droit.

Volume d'un bigarreau. Début il y a quatre ans. Extirpation.

III. Homme de 36 ans. Tumeur du creux de la main droite. Pas d souvenir du moindre traumatisme. Extirpation.

IV. Homme, 26 ans. Tumeur à la base du médius gauche, de dimensions d'un œuf de pigeon Elle a surtout grossi depuis deu mois.

Début, il y a quatre ans environ, époque à laquelle le malad s'était fait, à l'endroit même de la tumeur, une plaie avec un couteau A la palpation, on trouve deux petites tumeurs accolées à la pre mière. Extirpation.

Dans les quatre cas, les tumeurs étaient blanchâtres et lisses, elle contenaient une substance d'apparence sébacée. L'examen histolo gique montra dans leur paroi et dans leur contenu les caractère classiques des kystes épithéliaux.

Observation LXXXI

Due à l'obligeance de M. le professeur W. Dubreuilh.

Salle 18, lit 3.

P. F..., terrassier, âgé de 44 ans, entre à l'hôpital du Tondu à Bordeaux le 13 août 1906, pour une petite tumeur située sur le bord externe et à l'extrémité métacarpienne de la première phalange de l'index gauche, qui le gêne pour travailler.

Antécédents héréditaires et personnels, très bons.

Le malade raconte que :

Il y a dix-huit mois, une épine lui entra dans l'index gauche. Il ne put en retirer qu'une partie, et à ce niveau apparut aussitôt un petit durillon, auquel il n'attacha aucune importance.

Il faut noter que cet homme, qui est terrassier, est gaucher, et que le manche de sa pioche et de sa pelle frotte au niveau même de la tumeur dont il se plaint.

Pendant longtemps il ne fit aucune attention à sa petite tumeur qu'il considérait comme un durillon. Mais insensiblement elle acquit un volume tel, qu'elle produit actuellement une gêne notable et une légère douleur quand elle est comprimée par les outils.

Etat actuel : A l'examen, on constate chez cet homme, très bien portant, sur le bord externe de l'index gauche et à l'extrémité supérieure de celui-ci, une petite tumeur du volume d'une noisette, de forme arrondie, à surface lisse, de consistance très dure, recouverte par de la peau saine. La tumeur semble faire corps avec la peau qu'il est impossible de mobiliser sur elle et qu'elle suit quand elle est déplacée. Mobilité absolue sur les parties profondes.

Un peu de douleur seulement par la pression contre les corps durs.

Il existe un très petit ganglion épithrochléen à gauche, il n'y en a pas à droite. Dans l'aisselle gauche on trouve aussi quelques petits ganglions qui sont un peu plus volumineux que ceux que l'on rencontre dans l'aisselle droite.

Pendant l'opération, on trouve une tumeur encapsulée, indépendante des parties profondes.

Le kyste a été déchiré pendant l'opération et un peu froissé, de telle sorte qu'il manque le pôle inférieur de la capsule.

Le kyste est séparé de l'épiderme de revêtement par toute l'épaisseur du derme qui paraît à peu près normal.

Examen de la tumeur : Le contenu du kyste est formé par une masse compacte de tissu corné sans noyaux colorables, mais avec des grains calcaires.

La paroi se compose d'une coque externe fibreuse. Nulle part elle ne présente de revêtement épithélial. Partout elle est formée d'un tissu de granulations avec de grosses cellules qui, d'un côté, se confond avec la capsule fibreuse et, de l'autre, est en contact immédiat avec la masse cornée.

On trouve souvent dans la masse cornée, surtout dans certaines parties fissurées, mais aussi quelquefois dans les parties compactes, des amas fusiformes allongés dans le sens du clivage, de cellules cornées, des blocs arrondis, réfringents, restant incolores par la plupart des réactifs, mais se colorant par l'éosine, ce qui les rend presque invisibles dans les coupes à l'hématéine-éosine. Ces grains doivent être du phosphate de chaux, car ils se dissolvent sans production de gaz dans la glycérine chlorhydrique en laissant un vague squelette dépourvu de la réfringence si nette des blocs intacts.

Cette couche de tissu de granulations qui sépare la membrane fibreuse de la masse cornée, se sépare facilement de cette dernière mais fait corps avec la capsule fibreuse. Elle est formée d'une masse de petites cellules peu tassées, mêlées de *cellules géantes*. Dans sa partie extérieure, elle est pénétrée d'un fin réseau de délicates fibres conjonctives provenant de la couche fibreuse. Dans la partie interne, elle renferme des débris de tissu corné.

Les cellules qui constituent ce tissu de granulations sont de forme et de volume variables, souvent fusiformes ou irrégulières avec un protoplasma finement granuleux, quelquefois très rare. La pyronine les colore quelquefois en rouge (méthode de Pappenheim), mais elles n'ont nullement le volume, la forme et les autres caractères des cellules plasmatiques.

Beaucoup de ces cellules n'ont presque pas de protoplasma, leur noyau est ovoïde, bien coloré.

Les cellules géantes sont très irrégulières de forme et de grandeur. Il y en a cependant beaucoup de grandes et bien caractéristiques avec un grand nombre de noyaux disposés en cercle incomplet ou en croissant. Elles sont plus nombreuses dans les parties extérieures de cette couche et l'on en trouve d'isolées en plein dans la membrane fibreuse.

Le point intéressant de cette couche cellulaire est l'étude de ses rapports avec le tissu corné du kyste.

Quand on va du centre du kyste à la périphérie, on voit que les parties extérieures de la masse cornée sont dissociées et pénétrées par des cellules vivantes qui s'avancent dans les fissures quelquefois très profondément.

Les masses cornées dissociées, quoique parfois assez volumineuses, sont devenues homogènes et sont enveloppées par les cellules vivantes, généralement assez petites. Ces cellules tapissent les masses cornées, les enveloppent et les dissocient en fragments plus petits. A la face centrale de cette couche de tissu de granulations, on voit des blocs de tissu corné de tout volume, enveloppés par ces cellules qui s'appliquent sur eux en grand nombre, mais on ne voit pas de cellules géantes. Les plus gros de ces blocs laissent seuls, très nettement, reconnaître leur nature.

Dans la partie moyenne de cette couche, les blocs cornés sont plus petits et moins faciles à reconnaître. On y trouve des cellules géantes dont le contenu est souvent méconnaissable, ou, d'autres fois, constitué par un amas fusiforme de grains calcaires, tout à fait identiques comme aspect et comme caractères chimiques à ceux qu'on trouve dans la masse cornée.

A la partie périphérique, on trouve des cellules petites, plus tassées, avec un réseau conjonctif fin, pas de masses cornées reconnaissables, mais des cellules géantes contenant des amas calcaires.

Enfin, les cellules géantes que l'on trouve isolées dans le tissu fibreux pauvre en cellules qui enveloppe le kyste contiennent, pour la plupart, des amas calcaires.

On peut donc interpréter le processus de la manière suivante :

Après la mort ou la destruction de la couche des cellules épithéliales vivantes, la masse cornée devenue un corps étranger est atta-

quée par les cellules fixes ou immigrées de la capsule fibreuse.

Ces cellules migratrices pénètrent dans le tissu corné en profitant des fissures qu'elles élargissent et dissocient. Les blocs cornés sont enveloppés par les phagocytes, englobés dans la membrane granuleuse, dissociés de plus en plus et absorbés ; quelques-uns seulement plus résistants, et ce sont généralement des amas calcaires, provoquent la fusion des phagocytes et donnent naissance à des cellules géantes. Enfin, quand tout est digéré, le tissu de granulations, déjà pénétré de tissu conjonctif fin, cède la place à du tissu fibreux adulte, dans lequel persistent encore quelques cellules géantes isolées autour de quelques corps étrangers particulièrement résistants.

Observation LXXXII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bégouin.

Joseph B..., 26 ans, employé de commerce, habitant Bordeaux, entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur agrégé Bégouin, salle 10 *bis*, lit 22, le 29 janvier 1907, pour un grosseur de l'index gauche.

Histoire de la maladie : Il y a sept à huit ans, pendant une période de vendanges B.. se fit avec un couteau une blessure profonde sur la face palmaire de l'index gauche au niveau de la deuxième phalange. Au bout de deux ou trois jours, le doigt était tuméfié et enflammé, ces symptômes s'apaisèrent bien vite, et il n'y eut pas de suppuration. Mais il persista, au dire du malade, à l'endroit de la coupure, un petit nodule dur, mobile sur les parties environnantes. Ce noyau grossit peu à peu et au bout d'un mois avait le volume d'une amande; puis il sembla décroître et au bout d'un mois atteignit insensiblement les dimensions d'une noisette; dès lors il resta stationnaire pendant deux ans environ. A cette époque, c'est-à-dire il y a cinq ou six ans au commencement de l'hiver, la tumeur grossit et fut le siège d'élancements douloureux. Cette poussée dura 15 jours ou un mois, ensuite la tumeur reprit son volume d'une noisette et aucun autre phénomène douloureux n'est à signaler,

Mais il y a un mois et demi le malade sentit de nouveau quelque

élancements douloureux, plus particulièrement la nuit. La tumeur recommença à augmenter de volume.

Etat actuel : Tumeur du volume d'une amande située sur la face palmaire au niveau de la deuxième phalange de l'index gauche. Elle déborde latéralement la ligne médiane et touche les deux bords du doigt. Elle est ovalaire et son grand axe est dirigé suivant la diagonale qui va de l'angle supéro-externe, à l'angle inféro-interne du quadrilatère formé par les bords du doigt et les plis de flexions des articulations. Elle est fluctuante, adhérente à la peau, qui est normale au-dessus d'elle.

On note quelques douleurs spontanées, mais la pression n'est pas douloureuse.

Etat général excellent.

Rien à signaler dans les antécédents.

Diagnostic : kyste épidermique.

Extirpation le 30 janvier. Le malade sort de l'hôpital le 2 février, avec un pansement.

Le 5 février, on enlève deux points de suture qui avaient servi à la réunion des lèvres de la plaie opératoire. Le malade est revu quelque temps après, complètement guéri.

Examen de la tumeur (Dr Tribondeau) : Le contenu est une matière crémeuse, blanche, très légèrement ambrée. Sur tout le pourtour de la cavité, à la limite interne de la paroi, il n'est plus formé par cette crême, mais par des lamelles épidermiques imbriquées et tassées les unes contre les autres. Pas de formations calcaires.

La paroi est constituée par un épithélium stratifié, présentant en dedans, du côté libre, une rangée de cellules granuleuses (cellules kérato-hyalines). Les cellules polygonales sous-jacentes sont bien nettes et réunies par des filaments d'union.

L'épithélium repose, par sa face externe, sur une zone de tissu fibreux sans papilles.

CONCLUSIONS

I. Les kystes épidermiques sont des tumeurs rares, dont le siège de prédilection se trouve à la face palmaire de la main et des doigts.

II. Ils affectent deux formes principales reliées par des intermédiaires. Les unes de ces tumeurs, les plus communes, sont molles, leurs parois sont minces, leur cavité, très spacieuse, est remplie d'un magma d'apparence sébacée. Les autres, plus rares, sont au contraire dures, à parois épaisses, à cavité petite. Leur contenu a une tendance à s'organiser en membranes lamelleuses plus ou moins imbriquées les unes sur les autres.

III. Dans l'une et l'autre de ces formes, les parois offrent assez fréquemment des particularités histologiques qu'il nous a paru interessant de mettre en relief.

IV. Ces kystes ont pour origine l'inclusion probablement toujours traumatique d'un fragment d'épiderme dans la profondeur. Ce fragment peut avoir conservé certains rapports avec les tissus voisins, ou même avoir entraîné avec lui une parcelle dermique. Ceci peut expliquer la présence possible, dans les parois des kystes, de certains éléments imprévus.

V. Le diagnostic, facile quand la symptomatologie est au

complet, devient impossible à affirmer dans certains cas, avant la ponction exploratrice ou l'opération.

VI. Le pronostic de ces néoplasmes est presque toujours d'une bénignité absolue.

VII. Leur seul traitement convenable est leur extirpation au bistouri.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr VILLAR.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 10 juillet 1907.
Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur,
Le doyen délégué,
A. PITRES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Rizet. — *Archives générales de médecine,* 1866, II, p. 615.

Muron. — *Bull. Soc. anat. de Paris,* 1868, p. 539.

Gillette. — *Gazette des Hôpitaux,* 1875, p. 854.

Billroth. — *Chirurgische Klinik,* 1875, p. 466.

Demay. — Thèse de Paris, 1880.

Rizet. — *Gazette des Hôpitaux,* 1881, p. 775. Kyste dermoïde de l'auriculaire droit.

Troquart. — Kyste épidermique du doigt. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1881, p. 52.

Gibier. — Kyste de la face palmaire de la 2e phalange de l'index droit. *Bull. Soc. anat. de Paris,* 1881, p. 661.

Masse. — Communication à l'Académie des Sciences, 28 mars 1881.

Küster. — Athérome de la face palmaire du médius, etc. Eine chirurgische Triennium. Kassel und Berlin, 1882, p. 254.

Gibier. — *Progrès médical,* 1882, p. 485.

Chavasse. — Tumeur perlée de l'index. *Revue médicale de l'Est,* janvier 1883.

Micault. — Des tumeurs perlées des doigts. Thèse de Nancy, 1883.

Poland. — *Brit. med. Journ.,* 1883, vol. II, 20 octobre, p. 773.

— Pathologic. Society of London, octobre 1883.

Godlee. — Path. Soc. of Lond., octobre 1883.

Savages. — Path. Soc. of Lond., octobre 1883.

Trèves. — *Brit. med. Journ.,* 1883, vol. III, p. 1123.

Masse. — Comm. Ac. sciences, janvier 1883.

Criget. — Traité prat. des malad. de l'esp. bovine. Paris, 1883.

Polaillon. — *Union médicale,* 1884, II, p. 142. Article *Doigt,* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Gross. — Contr. à l'ét. des tum. perlées. Commun. à la Soc. de méd. de Nancy, 15 janvier 1884.

Harvey (G.). — *Brit. med. Journ.,* 1884, p. 10.

Kauffmann (E.). — Ueber Enkatarrhaphie von epith. *Wirchov's Archiv, etc.,* 1884, p. 236.

Lalitte. — Kystes dermoïdes des doigts. Thèse de Nancy, 1885 (juillet).

Villar. — *Bull. Soc. anat.,* Paris, 1885, p. 554.

— *France médicale,* 1885.

Masse. — Commun. au Cong. franç. de chir., 9 avril 1885.

— Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris. Rôle du traumatisme et de la greffe dans la formation de ces tumeurs. Paris, 1885.

Guermonprez et Toison. — *Journal des sc. méd. de Lille,* 5 juillet 1885

Guermonprez. — *Revue méd. franc. et étrang. de Paris,* 11 juillet 1885.

Hirigoyen. — Tumeur de la main chez un enfant. Soc. méd. de Bordeaux, juin 1885.

Barker. — Dermocyst of finger. London pathol. Soc. 1886, p. 478.

Guermonprez. — Kystes des doigts. Paris, 1886.

Poulet. — Des kystes dermoïdes acquis. Société de chir. 1886, p. 460.

Schweninger (E.). — Experimentellen Erzenzung von Hautgeschwülsten (Atheromen) durch etc..., *Charite Annalen,* Berlin, 1886, p. 642, XXI.

Reverdin (J.). — Les kystes épiderm. des doigts, *Revue méd. de la Suisse romande,* mars et avril, 1887, p. 121, p. 167.

Villar (Fr.). — Kyste à contenu sébacé de la paume de la main. Soc. anat. de Paris, 1887, p. 207.

Becelœre (Van). — Kyste dermoïde du médius droit. Soc. anat. chir. de Lille, 1887, p. 239.

Villar (Fr.). — Kyste à contenu sébacé de la face palm. de l'index droit. Soc. anat. de Paris, 1887, p. 591.

Kyste épidermique de l'index gauche, observation LXXXII. (Bégouin.)

JONNESCO. — Kyste épidermique des doigts. Soc. anat. de Paris, 1888, p. 941.

GUILLIER. — *France médic.*, 10 juill. 1888, II, p. 941 (Comm. à la Soc. méd. du VIe arrond.).

LABOUGLE. — Thèse de Bordeaux, 1889.

CASSAET et LABOUGLE. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889, nos 16 et 17.

VERCHÈRE. — Kyste épid. Soc. anat. de Paris, 18 janvier 1889.

REVERDIN. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1889, p. 44.

MOLLIÈRE (O.) et PONCET. — Soc. méd. de Lyon, mai 1889.

ROLLET. — *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1889.

STABB (E.-C.). — Two specimens of dermal cyst. Pathol. Soc. of London, 6 janv. 1891.

WEIL. — *Wiener med. Blætter*, 1890, n. 11.

LAURENT. — *Gaz. méd. de Paris*, 1890.

FRANKE (F.). — Dermoïd oder epidermoïd ? *Wien klin. Wochenschr.*, 1890, n. 36, p. 696.

— Carcinomatös entartetes Epidermoïd des Daumacballens. zugleïch ein weitnerer Beitrag zür etc., etc. *Wirchov's archiv. f. ch.*, 1890, CXXI, p. 444.

CHIARI. — Zeitschr. f. Heilkunde, 1891, Bd XII, p. 189-225 (Ueber die genese der sogenannte. Atheromcysten der Haut, etc.).

KUMMER et CRISTIANNI. — Kyste développé autour d'une épingle enfoncée dans un doigt. *Revue de chir.*, 1891, p. 670.

LACROIX. — *Province médicale*, octobre 1891.

KUMMER. — Observ. d'un athérome sous-cutané du creux palmaire et considérations sur la valeur systématique de l'athérome cutané ou kyste épiderm. *Archiv. prov. de chir.*, 1892, p. 355.

PÉRAIRE. — Kyste épid. traum. à contenu d'aspect sébacé de face palm. du méd. dr. *Revue de chir.*, 1892, p. 874.

AUDRY et LACROIX. — Tumeurs dermoïdes de la main. *Midi médical*, 1892, p. 399.

JOHNSON (R.). — Pathol. soc. of London, 1er nov. 1892 (*Semaine médicale*, 1892, p. 442).

TILLAUX. — Sur une tumeur de la face palmaire d'un doigt. *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1894, p. 1.

LABOUGLE. — Kyste épiderm. de l'index droit d'origine traumat., *Arch. de méd. et de pharm. militaires,* Paris, 1894, p. 47.

GARRÉ. — Ueber traumatische epithelcysten der Finger. *Dermat. Zeitschr.*, 1894, p. 45.

LUCAS (A.). — Tumeurs néoplasiques des doigts. Thèse de Paris, 1894.

— *Arch. gén. de méd.,* 1894-1895.

BLUMBERG. — *Deutsche Zeitschr. f. ch.*, 1894, Bd 38, p. 606.

LANGEMAK. — Ein Beitr. z. kazuistik der epidermoïd. der. *Centralblatt. für chir.*, 1894, p. 88.

LE FORT (R.). — Contrib. à l'étude des kystes derm. traumat. *Revue de chirurgie,* 1894, p. 1013.

ZMIGRODSKI. — Soc. Pirogoff chir. *Brit. journ. of derm.,* 1894, p. 89.

MANNY (de). — Thèse de Paris, 1894-95.

PÉRAIRE. — Deux nouv. cas de k. ép. traum. à contenu d'app sébacé Bull. et mém. de la Société anat. de Paris, 1895, p. 607.

BRIGGS (E.-M.). — *Boston med. and surg. Journ.,* 1895, p. 7.

DESFOSSES-BLUM. — *Arch. génér. de méd.,* janvier 1895.

TIKHOFF. — Epithel. cyst. of the finger. Medecinscoïe obozroïe. Mosk., 1895, p. 763.

— On epithel. cyst of the fingers. Med. obozr., 1896, p. 15, XLVI.

CABELLO. — K. épid. des doigts. Thèse de Paris, 1896-97.

BOHM. — Traumatische epithelcyst. v. Freindkörper, etc. *Wirchow's Archiv f. chir.,* 1896, CXLIV, p. 276.

MARTIN (de Berlin). — *Deutsche Zeitsch. f. chir.* Bd XLIII, p. 507.

CHAVANNAZ. — Soc. anat. de Bordeaux, 1897, p. 143.

TRZEBICKY. — Zur Caznistik seltener Lokalisat. von dermoïdsystem. *Wiener med. Woch.,* 1897, n. 10, p. 422.

BLAND-SUTTON. — *The British med. Journ.,* 1895, p. 463.

WÖRZ. — Ueber traumatische Epithelcysten Beitrag, etc. Tubing., 1897.

SPASAKUKOTSKI. — Traumatic epithelial cyst of the fing. *Kirurgia Mosk.*, 1898, p. 431.

STAHR. — Ueber einen selten. congenit. Tumor an Klein fing. einen neugebor. *Arch. pathol. anat. Berl. cli. supplaft.,* 1897, p. 11.

WEGNER. — Beitrag zur Lehre von den traumatische epithelcyst. *Deutsch. Zeitschr. f. chir.*, 1898, p. 201.

CHAPUT et GUILLEMOT. — K. épid. d'org. traum. du méd. dr. Bull. Soc. anat. Paris, 1898, p. 741.

ROELEN. — Ueber traum. Epithelcyst. *Centr. f. chir.*, 1898, p. 165.

TRUKA. — *Centr. f. chir.*, 1898, n. 6, p. 164.

VULPIUS (O.). — Zur casuistik der traum. Epithelcyst. *Centr. f. chir.*, 1898, XXV, p. 361.

FRANKE. — Zur Frage nach der Enstek. den Epiderm. der Finger und Hohlhand. *Centr. f. chir.*, 1898, XXV, p. 369.

GOURARI. — Contrib. à l'étude des kystes épithél. des d. et de la m. Thèse de Paris, 1899.

MINTZ. — Zur traumat. Enstehung von Epithele. *Centr. f. chir.*, 1900, p. 644.

SOKOLOFF. — *Id.* (cité par Mintz).

AUDRY. — Sur une transformation plasmoïdale subie par les cell. du revêtement épithél. des k. épid. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1902, p. 380. — Communication faite au Congrès franç. de dermat., 1902.

WIEMANN. — Epiderm (Epithelcyst) mit Einschluss von Fremdkörp. *Centr. f. chir.*, 1902, I, p. 578.

EDINGTON (Geo.-E.). — Epithelial cyst of the fingers. Glascow path. and clin. Society, 9 mars 1903. *Glasc. med. Journ.*, 1903, LX, p. 119.

CODMANN. — Report of a case of bone cyst of a digit. phal. *Boston med. and surg. Journ.*, 1904.

BAUDY. — K. épid. du d. *Toulouse médical*, 1er mai 1904.

BOUCHET. — K. traum. du med. dr. Soc. an. de Paris, 1904, p. 52.

KLAR. — Ueber traumat. Epithelcyst. (Epiderm.). *München med. Wochensch.*, 1904, I, p. 705.

CAMUS. — Tum. kyst. de la face palm. du doigt. Soc. anat. Paris, 1905, p. 706.

GUSZMANN. — Experim. Untersuchung. mit implantiert, etc. *Wirchow's Archiv*, 1905, CLXXVI.

PELS-LEUSDEN. — Ueber traumat. epithelcyst. *Deut. med. Woch.*, n. 34, 1905.

Blaschko. — Traumat. Stornecyst. *Berliner dermat. Gesell.*, 9 mai 1905.

Klein. — Vier Fälle von Epithelcyst. *München med. Wochensch.*, 1906, II, p. 1572.

Dubreuilh (W.). — K. épid. à siège anormal. *Annales de dermat. et de syphiligraphie*, janvier 1907.

29.997. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Poquelin-Molière, 17.